ARCHIVES

DE

PHYSIOLOGIE

NORMALE ET PATHOLOGIQUE

DIRECTEURS :

MM. BROWN-SÉQUARD, CHARCOT, VULPIAN

DIRECTEUR ADJOINT :

M. A. JOFFROY.

EXTRAIT

—

Des tumeurs mixtes de l'ovaire, par le Dr Gaston POUPINEL.

(Arch. de phys. — 15 Mai 1887. n° 4.)

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

II

DES TUMEURS MIXTES DE L'OVAIRE

(HUIT CAS INÉDITS),

Par le Dr **Gaston POUPINEL.**

PLANCHES XI et XII.

(Travail du laboratoire d'histologie du Collège de France.)

Ayant eu l'occasion d'examiner au laboratoire d'histologie du Collège de France plusieurs beaux exemples de tumeurs mixtes de l'ovaire provenant presque tous du service de notre cher maître M. Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, nous avons entrepris sur ce sujet quelques recherches dont nous allons exposer ici le résultat.

M. Malassez, avec une obligeance pour laquelle nous ne saurions trop le remercier, a mis sa collection particulière à notre disposition. Nous y avons trouvé quelques coupes provenant de tumeurs mixtes ovariennes. L'examen de ces coupes encore inédit et celui de nos préparations personnelles nous ont fourni des documents intéressants qui feront la base de cette étude. Mais nous avons cru devoir compléter les connaissances que nous ont données nos recherches per-

sonnelles en réunissant les diverses observations de tumeurs mixtes ovariennes éparses dans les divers journaux et recueils scientifiques français, anglais, américains et allemands. Nous nous sommes astreint dans ces recherches bibliographiques à consulter les textes originaux, du moins autant que nous l'a permis l'état de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris. Nous avons ainsi rassemblé des documents d'importance très variable et de valeur très inégale mais qu'une analyse consciencieuse et une critique sévère nous permettront d'utiliser dans le cours de ce travail.

Nous désignerons sous le nom de tumeurs mixtes des tumeurs complexes (combinations geschwülste des Allemands), intermédiaires aux kystes mucoïdes et aux kystes dermoïdes, dont elles réunissent les différents caractères groupés d'ailleurs en proportion variable.

Ces tumeurs sont loin d'être rares. Lebert, dans le mémoire qu'il présenta à la Société de Biologie en 1852, en cita quinze exemples auxquels il ajouta ultérieurement deux autres cas (Lebert, *Traité d'anatomie path. gén. et spéciale*, Paris, 1857, t. I, p. 258). Spencer Wells en observa lui-même plusieurs exemples qu'il publia comme tels et d'autres qu'il classa dans les kystes ordinaires, ainsi que l'indique la phrase suivante : « Les tumeurs dermoïdes sont généralement considérées comme rares. Peaslee dit vaguement qu'on les rencontre dans la proportion de 1 à 2 0/0. J'en ai trouvé pour ma part dix dans mes cinq cents premières ovariotomies et douze dans mes cinq cents dernières. Mais des bandes ou des nodules de nature dermoïde se rencontrent fréquemment dans les parois de kystes qui, par suite de la prédominance d'autres caractères, ne sont pas rangés dans la classe des tumeurs dermoïdes. » (*Spencer Wells*, édition anglaise, p. 40.)

Enfin, tout récemment, MM. Lannelongue et Achard ont publié un important ouvrage sur les kystes congénitaux parmi lesquels ils classent, avec la majorité des auteurs, les kystes dermoïdes de l'ovaire. Ils adjoignent aux kystes dermoïdes purs les tumeurs complexes dont nous allons nous occuper et dont ils donnent une étude exacte, mais fort succincte (*Traité des kystes congénitaux*, p. 57, 80, 128).

Notre travail portera surtout, ainsi que nous l'avons déjà dit, sur des observations personnelles, et nous laisserons de côté les nombreuses et variées théories pathogéniques mises en avant pour expliquer la genèse des tumeurs dermoïdes. Nous ne nous attacherons qu'à l'étude des faits que nous commencerons par exposer en détail ; nous nous efforcerons ensuite de tirer de cette étude les déductions qu'elle comporte, toutefois en nous gardant d'émettre la moindre hypothèse; et nous terminerons en essayant d'assigner à ces tumeurs mixtes la place qu'elles nous semblent mériter entre les tumeurs kystiques mucoïdes de l'ovaire et les kystes dermoïdes.

§ 1er. — *Observations.*

OBSERVATION I. — *Kyste mixte de l'ovaire* (*mucoïde, dermoïde, pileux, dentaire*), opéré le 20 mars 1886 par M. TERRILLON et classé au laboratoire d'histologie du Collège de France, série G, n° 100.

Femme de 29 ans. Marche assez rapide depuis six mois.

Description macroscopique. — Masse kystique multiloculaire du poids de 190 grammes, du volume d'une tête d'adulte au minimum, montrant en un point de sa surface la section du pédicule large et peu épais (15 centimètres sur 2 d'épaisseur).

La tumeur est constituée d'une poche principale présentant plusieurs éperons plus ou moins complets, vestiges de cloisonnements antérieurs. Dans cette loge principale, font saillie trois petits kystes secondaires à parois minces et transparentes, presque pédiculés, et deux masses multiloculaires secondaires. L'une de ces masses, située presque à l'opposé du pédicule, a le volume du poing d'un adulte et est constituée par l'agglomération de plusieurs kystes à contenu filant glaireux, clair et transparent. La seconde masse polykystique secondaire, du même volume environ que la précédente, et située au voisinage du pédicule, est constituée d'une partie fluctuante (kystes mucoïdes ordinaires) et d'une partie mollasse, de consistance pâteuse, gardant l'empreinte du doigt. Cette dernière, entourée de toutes parts par des kystes mucoïdes, est constituée par une poche du volume d'un œuf de poule à contenu dermoïde (matière sébacée et poils blonds de 30 centimètres et plus de longueur). La paroi interne de cette poche présente un aspect blanchâtre, rugueux comme l'épiderme macéré. En un point de cette paroi, s'élève une volumineuse papille grosse comme une ave

line, implantée sur la paroi par un mince et court pédicule. Son centre est occupé par une aiguille osseuse présentant, comme la papille qui l'entoure de toutes parts, une longueur de 15 millimètres environ.

Cette aiguille osseuse émane d'une petite plaque osseuse située dans l'épaisseur de la paroi kystique au niveau de la base d'implantation de la papille. Dans la papille, au niveau de la jonction de la base de celle-ci avec son pédicule, existe une dent saillante dans la cavité du kyste et rappelant par sa forme celle d'une canine. C'est aussi sur cette papille que semblent être implantés le plus grand nombre des poils.

Examen histologique. — Le raclage immédiat de la paroi de plusieurs kystes à contenu muqueux détache de celle-ci un nombre considérable de cellules caliciformes, des cellules cylindriques, de grandes cellules épithéliales en dégénérescence granulo-graisseuse dont on ne peut définir la forme primitive et de nombreux noyaux cellulaires dépourvus de protoplasma.

Des fragments du kyste dermoïde ont été placés dans l'alcool, puis dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool pour, après durcissement complet, être coupés en tranches minces, colorés au picro-carminate et montés dans la glycérine. Ces fragments très nombreux ont porté sur les différents points de la paroi du kyste dermoïde et comprennent tous une face constituant la poche dermoïde et une autre face appartenant à la paroi d'un ou plusieurs kystes mucoïdes. La papille, d'où naissent la plupart des poils, a été l'objet d'un examen spécial. La dent, après décalcification dans un mélange d'acide picrique et d'acide nitrique (2 0/0), a été également coupée en tranches minces. L'examen de ces diverses coupes nous conduit aux conclusions suivantes :

Les cavités mucoïdes les plus voisines de la poche dermoïde sont tapissées d'un revêtement épithélial continu constitué pour la plus grande part de cellules caliciformes. Mais, en quelques rares points d'une même cavité, la série régulière et continue des cellules caliciformes est remplacée par une rangée régulière de cellules à cils vibratiles lui succédant sans ligne de démarcation. Quelques cellules caliciformes sont d'ailleurs, en certains points, interposées aux cellules vibratiles. La même cavité kystique présente parfois en d'autres points un revêtement de cellules épithéliales pavimenteuses disposées sur une ou deux couches et se continuant également sans ligne de démarcation avec les revêtements ci-dessus décrits. Les cellules de revêtement reposent presque partout sur une membrane basale ; celle-ci fait cependant défaut en certains points, au niveau desquels les cellules épithéliales infiltrent sans ordre le tissu conjonctif où elles subissent d'ailleurs la dégénérescence colloïde. Le stroma conjonctif sillonné de vaisseaux, qui constitue la charpente de la cloison de séparation des kystes mucoïdes et du kyste dermoïde, est parcouru en divers sens par des enfoncements glandulaires émanés de la face mucoïde de la paroi et tapissés pour la plupart de cellules caliciformes; quelques-uns ont

un revêtement de cellules à cils vibratiles. Nulle part ces enfoncements glandulaires ne paraissent émaner du kyste dermoïde, dont ils s'approchent cependant extrêmement. Nulle part il ne semble donc exister de communication directe entre les kystes mucoïdes et le kyste dermoïde.

La paroi de la loge dermoïde de cette tumeur présente un revêtement épithélial variable suivant les points considérés. Tantôt la paroi est tapissée d'épithélium pavimenteux disposé sur une ou deux couches : les cellules dans ce cas sont aplaties et nullement dégénérées. Ailleurs, mais en contiguïté avec les cellules précédentes, les cellules épithéliales affectent une disposition stratifiée : le nombre de couches est très variable. Les cellules ont très peu de cohésion entre elles et ont subi presque partout la dégénération sébacée. Partout l'épithélium repose directement sur les faisceaux conjonctifs sans l'interposition d'une membrane basale. Le tissu conjonctif est, en certains points, très dense et fibreux; en d'autres, il est beaucoup moins dense. En ces points surtout, la limite entre l'épithélium et le tissu conjonctif est peu nette et on constate souvent l'envahissement réciproque des deux tissus. On voit des faisceaux conjonctifs partant des vaisseaux s'élever jusque dans le revêtement épithélial. On peut même voir un large capillaire complètement entouré de cellules épithéliales. D'autre part, on trouve, dans les interstices des faisceaux conjonctifs superficiels, des cellules épithéliales de même nature que celles du revêtement. Elles dissocient les faisceaux conjonctifs et subissent comme celles du revêtement la dégénérescence graisseuse : elles meurent sur place et ne donnent pas lieu à la formation de véritables alvéoles. Comme annexe de cet épiderme, on ne trouve aux points ci-dessus décrits que des poils. Les coupes ne nous ont montré aucun follicule pileux. Des fragments de poils sont mêlés au sébum superficiel ; en d'autres points, les poils passent à travers les faisceaux conjonctifs à nu ou accompagnés seulement d'une ou deux cellules épithéliales plates formant une gaine des plus rudimentaires.

Mais, au niveau de la grosse papille qui porte les poils les plus gros et la dent, les coupes nous présentent absolument l'aspect de la peau normale, moins les glandes sudoripares dont nous n'avons pu nulle part constater la présence. Le revêtement de la papille est constitué par cette peau. Son centre est occupé par une aiguille osseuse et la connexion entre cette aiguille osseuse, le tissu conjonctif vasculaire qui l'entoure et la peau est établie par du tissu adipeux constituant le pannicule adipeux du revêtement cutané. La peau nous présente des poils avec leur bulbe et un nombre innombrable de glandes sébacées. A la base de la papille, enchâssée dans la peau, dont les cellules épidermiques d'abord, puis les glandes sébacées plus profondément, arrivent presque au contact immédiat avec elle, existe une dent du type des canines. Cette dent fait saillie, librement par sa couronne, dans la cavité kystique. Sa racine est en connexion avec l'aiguille osseuse cen-

trale de la papille. Son pourtour est en contact avec le tissu fibreux ordinairement décrit sous le nom de périoste alvéolo-dentaire et dans lequel on remarque, au voisinage immédiat de la dent, de nombreuses masses épithéliales paradentaires (*fig.* 1 et 2). Enfin l'aiguille osseuse centrale est constituée de tissu osseux véritable (tissu compact, corpuscules osseux, moelle des os).

Nous croyons devoir signaler dans cette observation les points suivants :

La tumeur est presque entièrement constituée de loges tapissées d'épithélium caliciforme, cylindrique, vibratile ou pavimenteux. Une seule loge, située au voisinage du pédicule, présente un revêtement dermoïde, et, bien qu'entourée de tous les côtés de loges mucoïdes, paraît sans communication avec ces dernières. Les loges mucoïdes présentent un revêtement épithélial varié : dans une même loge, le revêtement comprend des cellules cylindriques, caliciformes, vibratiles, pavimenteuses. Ce revêtement envoie dans la paroi des enfoncements adénoïdes tapissés de cellules caliciformes ou vibratiles. En d'autres points, les cellules épithéliales infiltrent sans ordre le tissu conjonctif et y subissent la dégénérescence colloïde. La loge dermoïde n'est tapissée de peau complète qu'au niveau de la saillie papilliforme. Ailleurs, le revêtement cutané est imparfait, réduit à un épithélium pavimenteux stratifié. Dans l'épaisseur de la paroi, existe une plaque osseuse. Enfin, la dent unique saillante dans la cavité kystique est entourée de tissu fibreux dans lequel s'observent de nombreuses masses épithéliales paradentaires semblables en tous points à celles signalées par M. Malassez autour des dents qui garnissent normalement les mâchoires.

Obs. II. *Kyste mixte de l'ovaire.* — Tumeur enlevée à l'autopsie et envoyée au laboratoire d'histologie du Collège de France, en avril 1876, par M. Terrier (pièce classée série B, n° 35).

La tumeur se compose de : (*a*) poches dermoïdes ; (*b*) masses kystiques végétantes.

(*a*) Les portions dermoïdes de la tumeur constituent des cavités tapissées en certains points de peau véritable (couche cornée, couche muqueuse, derme, pannicule adipeux, glandes sébacées groupées autour de poils nombreux, glandes sudoripares). En d'autres points, l'épi-

derme manque; la peau est réduite à ses couches profondes et ses éléments sont en dégénérescence graisseuse avancée; en ces points, d'ailleurs, le pannicule adipeux sous-cutané fait défaut. Les parois kystiques dermoïdes présentent en ces points une face dermoïde (peau réduite à ses couches profondes), puis une couche fibreuse, dense, sillonnée de nombreux et volumineux vaisseaux sanguins et enfin, dans cette couche fibreuse à 2 ou 3 millimètres de la face dermoïde de la paroi, se rencontrent des dépressions adénoïdes et des coupes de tubes glandulaires tapissés d'épithélium cylindrique haut, dont quelques cellules sont en dégénérescence muqueuse. Sauf au niveau des dépressions en cul-de-sac tapissées d'épithélium, les coupes ne paraissent pas avoir atteint des cavités kystiques épithéliales, mais simplement s'être rapprochées de ces cavités, ainsi qu'en témoignent les coupes de tubes glandulaires manifestement émanés de cavités de cette nature.

(*b*) Les masses kystiques non dermoïdes sont constituées par un tissu d'aspect aréolaire, creusé de nombreuses cavités kystiques. Quelques-unes de ces cavités sont vides; la plupart sont complètement remplies de végétations épithéliales ramifiées, arborescentes, tapissées d'épithélium cylindrique. Les cellules épithéliales sont disposées sur une seule couche régulière et continue, et supportées par un stroma conjonctif fibreux.

En résumé, nous trouvons dans cette tumeur, se côtoyant les unes les autres des portions dermoïdes et des portions épithéliales plus ou moins végétantes (épithélioma kystique cylindrique). Portions dermoïdes et portions épithéliales semblent encore ici, comme dans l'observation précédente, occuper des cavités indépendantes, bien que très voisines les unes des autres. Mais, dans ce second cas, il semble y avoir, dans la tumeur, mélange en proportion à peu près égale des cavités dermoïdes et des cavités épithéliales.

Obs. III. — *Diagnostic clinique, tumeur de l'ovaire ou du ligament large*, pièce envoyée au laboratoire d'histologie du Collège de France, par le Dr Cazin (de Boulogne-sur-Mer), le 10 mai 1880, et classée série F, n° 7.

Description de la tumeur. — Tumeur volumineuse mesurant 27 centimètres dans le grand diamètre, pesant 6^{k},500 et présentant à son centre une partie centrale rouge brun, comme la rate, entourée par une coque fibro-cartilagineuse peu épaisse. Autour de celle-ci, existent des masses d'aspect différent séparées par des travées fibreuses et, à la périphérie, des saillies assez volumineuses, quelques-unes presque isolées, contenant des tissus d'aspect muqueux. Grâce à l'obligeance

de M. Malassez, nous avons pu examiner les coupes provenant de cette tumeur et conservées dans sa collection particulière. Voici le résultat de cet examen :

Examen histologique. — La masse centrale est constituée en majeure partie de tissu conjonctif fibro-myxomateux contenant un nombre considérable de faisceaux de fibres musculaires striées, des capillaires gorgés de sang et quelques tubes épithéliaux. Ces tubes épithéliaux, disposés pour la plupart par groupes de cinq ou six, de façon à simuler la coupe d'une glande ramifiée, sont tapissés d'un épithélium cylindrique granuleux dont quelques cellules mêmes présentent des cils vibratiles. Au voisinage de ces productions épithéliales, le tissu conjonctif est, dans une grande étendue, constitué de cellules embryonnaires ; on n'y observe pas de fibres musculaires. En d'autres points de la même coupe, mais sur le bord opposé, existent quelques glandes à épithélium muqueux et des papilles cutanées. Les glandes à épithélium muqueux semblent naître par invagination. A leur niveau, la coupe est limitée par plusieurs rangées de petites cellules conjonctives fortement colorées, disposées comme un revêtement dont les cellules les plus superficielles sont plates. Plus loin, sur le même bord, on observe des papilles cutanées revêtues d'une peau véritable : les cellules les plus superficielles du revêtement épidermique sont aplaties, cornées. En un point, existent de véritables perles épidermiques. Nulle part on ne trouve des glandes sébacées ni des poils. L'aspect épidermique commence au niveau d'une encoche, dont est taillé le bord de la coupe et qui semble constituer une séparation entre les deux parties différentes d'un même bord de la préparation. En certains points, le tissu fibro-myxomateux qui forme le stroma de la tumeur est entièrement remplacé par du tissu adipeux.

Les portions de la tumeur situées en dehors de la masse centrale ci-dessus décrite sont constituées de tissu fibreux, ou fibro-myxomateux en certains points, contenant des fibres lisses et creusé de cavités ou fentes. Ces cavités ou fentes, dont quelques-unes sont visibles à l'œil nu, sont tapissées d'un épithélium le plus souvent cylindrique vibratile haut, mais pouvant, dans une même cavité, varier beaucoup. L'épithélium peut revêtir l'aspect stratifié par suite de la présence au-dessous de l'épithélium vibratile d'autres cellules polygonales, disposées parfois sur plusieurs couches. Mais ailleurs les cellules vibratiles peuvent exister seules disposées sur une couche ou faire place presque brusquement à un épithélium cubique ou pavimenteux. D'autres cavités ont un revêtement stratifié de cellules polygonales, mais les cellules les plus superficielles sont aplaties dans le sens de la cavité. Les cellules épithéliales sont en quelques rares points atteintes de dégénérescence muqueuse. Quelques cavités, par suite du bourgeonnement du tissu fibreux environnant, présentent un revêtement d'aspect papillomateux. Les papilles arrondies sont tapissées de cellules épithéliales dispo-

sées sur plusieurs couches et dont les plus superficielles sont à peine aplaties, presque cubiques. En d'autres points, il existe des dépressions, des amas de tubes glandulaires tapissés d'épithélium caliciforme ou de cellules cubiques granuleuses. L'aspect est alors celui d'une section de glande muqueuse ramifiée. En certains points, les lobes des glandes muqueuses sont englobés dans du tissu adipeux et les cellules subissent la dégénérescence graisseuse. Sur plusieurs préparations, au voisinage immédiat de glandes muqueuses et de cavités épithéliales, et séparés seulement de ces cavités par une mince couche de tissu fibreux, existent des nodules de tissu cartilagineux (cartilage fœtal). La coupe présente alors une ressemblance frappante avec des coupes de trachée (*fig.* 3). Une cavité kystique un peu plus grande que les autres a perdu tout son revêtement épithélial. En un point seulement, il existe encore un petit nombre de cellules en dégénérescence muqueuse très avancée.

Enfin les parties périphériques de la tumeur sont constituées de tissu fibro-myxomateux parcouru par quelques capillaires et muni d'un revêtement cutané, (couche cornée, corps muqueux). Mais ici encore il n'y a ni glandes, ni poils.

De cette description, nous croyons devoir faire ressortir les points suivants :

Dans une même cavité kystique, certains points de la paroi présentent un revêtement constitué par de la peau véritable, dépourvue de poils et de glandes ; tandis que, ailleurs, ce revêtement fait défaut. On ne voit plus en ce point que des cellules conjonctives aplaties et des glandes à épithélium muqueux. Une espèce d'encoche, due peut-être à un accident de préparation, sépare les deux parties différentes d'un même bord de la préparation. Dans d'autres cavités, on peut rencontrer simultanément de l'épithélium vibratile, polygonal, cubique ou pavimenteux. Enfin, certaines cavités ont un revêtement épidermique sans mélange d'autres éléments.

En aucun point, nous n'avons observé des poils ni des glandes sébacées. Dans le stroma de la tumeur, existe du tissu cartilagineux.

En résumé, nous trouvons intimement mêlées dans une seule tumeur des loges dermoïdes, des loges à la fois dermoïdes et mucoïdes et des loges à épithélium varié : dans une seule et même, cavité on peut rencontrer les épithéliums les plus divers.

Obs. IV.

Cette observation a trait à une malade opérée deux fois par M. Terrier. Elle figure *in extenso* dans notre thèse inaugurale [Poupinel, De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire (*Thèse de Paris*, 1886, p. 135, obs. CXLV)]. Nous ne donnerons ici que la partie anatomo-pathologique de l'histoire de cette malade. L'examen histologique de la tumeur mésentérique enlevée lors de la deuxième laparotomie a été repris et complété par nous, depuis la soutenance de notre thèse : c'est le résultat de ce dernier examen qui sera rapporté ici.

Hôpital Bichat. — Service de M. Terrier.

La nommée Danguillecourt (Marie), âgée de 19 ans, boursière, entra à l'hôpital une première fois le 9 mai 1883. Après un séjour de plusieurs mois traversé par plusieurs incidents (pleurésie double, etc.), elle subit l'ovariotomie le 16 octobre 1883. L'examen de la tumeur polykystique, développée aux dépens de l'ovaire droit, est rapporté ainsi qu'il suit dans l'*Union médicale* (23 mars 1884) par notre ami et collègue Hartmann.

Examen de la tumeur. — La partie solide pèse 6,320 grammes. Elle est formée de plusieurs lobes, dont deux principaux, un du volume d'une tête d'adulte, un autre encore plus volumineux et, dans l'angle de ces 2 lobes, un autre plus petit du volume et de la forme d'une rate. A la partie postéro-supérieure de la grosse tumeur, existe une cavité kystique. Toutes ces tumeurs sont encapsulées ; la capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante et se décortique facilement.

Quant au tissu morbide lui-même, il se présente avec un aspect extérieur lobulé, les lobules atteignant quelquefois le volume d'un œuf. A la coupe, il semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables. La tumeur est en somme formée d'une foule de petites cavités kystiques : les unes du volume d'un pois et au-dessus ; les autres, plus petites, à peine visibles à l'œil nu ; les cavités les plus volumineuses sont généralement superficielles. Toutes contiennent un liquide quelquefois un peu jaunâtre, d'autrefois blanc grisâtre, toujours visqueux, présentant le plus souvent l'aspect et la consistance du mucus nasal. La trame fibreuse donne à l'ensemble de la masse morbide une consistance assez ferme, par places même cartilaginiforme. La coloration générale de ces tumeurs est jaune par places ou blanc grisâtre ; la plus grosse est

rouge, et sur cette teinte rouge se détache un piqueté rouge foncé, comme hémorrhagique. Sur les portions d'épiploon réséqué, on trouve, principalement le long des vaisseaux, de petites granulations grisâtres, un peu plus larges qu'une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur classée au laboratoire d'histologie du Collège de France, série F, nº 165, a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante : « Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable à celui des muqueuses : cylindrique, caliciforme, vibratile, etc., et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée. Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire, on rencontre les tissus les plus divers : perles épidermiques, nodules cartilagineux, dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéide, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. Bref, c'est une tumeur comparable aux tumeurs mixtes du testicule et qui forme comme un intermédiaire entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. »

En adressant à M. Terrier le résultat de son examen histologique, M. Malassez signalait la malignité de cette tumeur, ainsi que la probabilité d'une récidive. Cette prévision, ainsi que nous le verrons, fut complètement justifiée par la marche ultérieure de la maladie.

Nous croyons devoir reproduire quelques-unes des remarques dont M. Terrier fait suivre la publication de cette observation :

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; en effet, au début, alors que la tumeur offrait un petit volume, qu'elle était assez régulièrement arrondie et paraissait incluse dans le ligament large, on pensa à l'existence d'un kyste dermoïde, sans toutefois y attacher grande importance, une ponction exploratrice étant absolument nécessaire pour vérifier cette hypothèse. Ultérieurement, quand la malade revint dans le service, l'existence clinique d'une tumeur polykystique était incontestable, si bien qu'il parut inutile d'y faire la moindre ponction.

Un autre point à signaler est l'accroissement rapide de cette néoformation et son retentissement sur l'état général : aménorrhée, amaigrissement, troubles digestifs intenses (diarrhée et vomissement, enfin l'apparition d'un double épanchement pleurétique, d'où l'anhélation, etc.). Faut-il établir une relation entre cet état grave et la nature un peu spéciale de la tumeur? Le fait est possible. Quoi qu'il en soit, malgré le double épanchement quelque peu amélioré par un traitement rationnel (vésicatoires et diurétiques), l'opération fut pratiquée et

l'anesthésie fut parfaitement maintenue pendant près d'une heure par notre collègue et ami le Dr P. Berger, sans menaces d'asphyxie.

Cette opération fut pénible, vu les adhérences et surtout à cause du volume énorme de la masse polykystique, si bien qu'on dut utiliser un procédé tout particulier pour l'enlever. (Suit une appréciation du procédé opératoire.)

Les suites de l'opération ont été bonnes; toutefois les digestions restèrent difficiles et la convalescence fut entravée par des accidents sérieux : apparition d'une phlegmatia alba dolens des veines du cou et de l'aisselle; formation d'un abcès dans la paroi et au niveau du pédicule, c'est-à-dire à droite.

La phlegmatia résultait évidemment de l'état général grave de la malade; quant à l'abcès, il nous paraît aussi tenir à la même cause et quelques faits analogues que nous avons pu observer plaident en faveur de cette interprétation.

Actuellement (mars 1884), Mlle D. est parfaitement bien portante et, comme on l'a vu, les fonctions utéro-ovariennes ont reparu.

Quelques semaines plus tard, en avril 1884, Danguillecourt entre à l'hôpital pour une arthrite de l'épaule droite (tuméfaction, douleurs, etc.). Elle était à ce moment atteinte d'une blennorrhagie des plus caractérisées, uréthrite et vaginite. Cette arthrite, diagnostiquée de nature blennorrhagique nécessita un séjour de deux mois et demi à l'hôpital. A sa sortie, D... avait encore l'épaule très raide mais non tuméfiée.

La fosse iliaque droite et le creux épigastrique étaient encore fort douloureux en ce moment (sensibilité à la pression de la ceinture abdominale et du corset). Sensation de barre à l'estomac.

La menstruation revenue la première fois le 2 février, puis le 2 mars, est assez irrégulière. L'écoulement menstruel est très abondant lors de retard dans l'apparition des règles; celles-ci sont très douloureuses lorsqu'elles apparaissent prématurément.

En octobre 1884, à l'occasion d'une marche forcée, la malade souffre un peu plus du côté droit et découvre l'existence d'une tumeur dans le flanc droit.

En décembre 1884, nouvel abcès au niveau du pédicule de l'ovariotomie antérieure.

En février 1885, D... est prise de vomissements alimentaires pendant quatre ou cinq jours. Son ventre grossit suffisamment pour qu'elle ne puisse plus mettre sa ceinture. Elle revient voir M. Terrier qui constate l'existence de masses dures dans l'abdomen, surtout à gauche. L'épaule droite est raide, le deltoïde très notablement atrophié ainsi que les muscles du bras.

Du commencement de février 1885 à la fin de mars de la même année, l'abdomen augmente peu à peu de volume et la malade constate l'existence d'une tumeur au niveau de l'ancienne fistule, au tiers inférieur

environ de la cicatrice. — Vomissements, douleurs de reins et dans les jambes.

A la fin de mars 1885, l'abdomen se développe très rapidement et il apparaît des ganglions dans les deux aînes. La hernie épiploïque inguinale droite non réductible, dont la malade ne se préoccupait plus, durcit et augmente de volume. Amaigrissement, troubles dyspeptiques, douleurs abdominales. Elle rentre à l'hôpital le 30 avril 1885, absolument défaite, réclamant une nouvelle opération.

Depuis son entrée jusqu'au 1er juin environ, Mlle D... se trouvait beaucoup mieux, s'alimentait bien, sans vomir, sans grandes douleurs. Dernières règles, le 22 mai, en retard de cinq jours, peu abondantes.

Le 1er juin, vive contrariété : a cru qu'on ne l'opérait pas; est immédiatement reprise de vomissements continuels et de fièvre, étouffements, fortes douleurs dans les deux côtés de la poitrine et dans le creux épigastrique. Diarrhée pendant trois jours. Température monte deux fois le 7 et le 11 au-dessus de 38°, rien d'appréciable du côté du thorax.

État actuel, 15 *juin* 1885. — Cicatrice, $0^m,24$, ombilic légèrement saillant; à l'extrémité inférieure de la cicatrice, trace de l'ouverture du dernier abcès; à 5 centimètres au-dessus, masse irrégulière, mollasse, adhérente à la peau, du volume d'une grosse noix, bosselée. Ventre symétrique. Pas de dilatation veineuse, pas d'œdème de la paroi abdominale ni de la vulve. Polyadénite inguinale bilatérale; une masse indurée, du volume d'un gros œuf de poule, occupe la partie supérieure de la grande lèvre droite et remonte jusqu'à l'anneau inguinal.

La palpation révèle l'existence, dans l'abdomen, de deux masses dures, occupant tout le côté droit de l'abdomen. La supérieure, très mobile transversalement, occupe l'hypochondre droit et déborde quelque peu la ligne médiane. L'hypochondre droit est très douloureux à son niveau. L'abdomen est sonore depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'à la mi-distance de cet appendice à l'ombilic (limite supérieure de la cicatrice). Matité et fluctuation dans tout le reste de l'abdomen. Au toucher vaginal, l'utérus, remonté derrière le pubis, paraît immobilisé. Le cul-de-sac antérieur est libre; les parois du vagin ne sont plus souples et à travers elles on sent des bosselures mal définies, occupant les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur.

La mensuration donne : circonférence ombilicale 90 centimètres. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 20; au pubis, 17; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 19; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 20.

Cédant aux instances réitérées de la malade, M. Terrier se décide à l'opérer.

Deuxième opération, le 16 juin 1885, par M. Terrier, assisté de MM. J. Championnière et Berger. — Incision médiane sur l'ancienne cicatrice, traversant la petite tumeur qui se trouve adhérente à la paroi

à ce niveau. L'ouverture du péritoine laisse écouler environ 5 litres de liquide ascitique, sanguinolent.

Tout le péritoine pariétal est blindé par une épaisse plaque néoplasique; l'épiploon est infiltré de granulations cancéreuses, et l'intestin est recouvert d'un semis granuleux de même nature. Une tumeur, du volume d'une tête d'enfant à terme, se trouve dans le flanc droit. Elle est développée dans le mésentère, fait saillie à droite en soulevant son feuillet droit, et est adhérente au bord fixe de l'intestin grêle; on peut néanmoins l'enlever en la pédiculisant tant bien que mal. Ligature avec un fort fil de soie, et section de la tumeur au dessus de ce fil. Cette section ouvre deux poches kystiques, l'une pleine de liquide visqueux, brunâtre, l'autre de liquide visqueux lactescent. Le petit bassin est entièrement occupé par une masse polykystique adhérente de toutes parts. Toilette minutieuse du péritoine et suture avec dix fils profonds et six superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré 32 minutes.

La malade, dans un état déplorable avant l'opération, est extrêmement abattue après celle-ci et meurt à 7 heures du soir.

Examen de la tumeur. — La tumeur mésentérique est immédiatement portée au laboratoire d'histologie du Collège de France, et classée sous le n° 53, série G. Elle est constituée par une masse mollasse sarcomateuse, entourée d'une coque blanchâtre fibreuse. Cette coque est composée en un point de plusieurs feuillets, et l'on peut constater très facilement que le feuillet le plus superficiel s'est d'abord rompu, distendu qu'il était par son contenu. Par cet orifice, a fait saillie une masse également encapsulée. Puis la coque de cette masse ainsi herniée s'est elle-même rompue et à donné issue à des bourgeons exubérants, qui ont, selon toute probabilité, été le point de départ des hémorrhagies accusées par la coloration du liquide ascitique. Aussitôt apportée au laboratoire, à 2 heures après midi, elle est soumise à l'examen de M. Malassez. Sectionnée, elle se trouve composée d'une infinité de kystes à contenu visqueux, de couleur variable et de volume très différent, toujours très petits. Ce tissu d'aspect aréolaire est gris rougeâtre par place, un peu plus jaunâtre en d'autres, et présente en certains points des arêtes dures, comme osseuses. Certains fragments sont mis dans l'alcool; d'autres, comprenant des aiguilles osseuses, sont mis à décalcifier dans l'acide picrique.

Raclée immédiatement, la tumeur présente ces particularités intéressantes: Sa paroi externe est tapissée de cellules plates ou cylindriques, très basses, sans cils vibratiles, tandis que le raclage des cavités kystiques a détaché de leurs parois de nombreuses cellules caliciformes, cylindriques sans cils vibratiles et cylindriques à cils vibratiles. Les cils sont encore animés de vibrations très rapides. Les cellules sont en voie de dégénérescence graisseuse.

Autopsie le 18 juin, à 10 heures du matin (39 heures postmor-

tem). — La putréfaction est déjà très avancée, surtout pour les organes abdominaux. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons dans le flanc droit une petite quantité de liquide sanguinolent, altéré. Les intestins ne sont ni congestionnés, ni adhérents. En somme, pas de péritonite. La paroi abdominale est tapissée d'une vraie cuirasse cancéreuse. Le cancer a d'ailleurs envahi tout le péritoine : surface du foie (rien dans le tissu hépatique lui-même), ligament falciforme, épiploon, mésentère, péritoine pariétal, rien n'a échappé. Le grand épiploon est fixé par des adhérences cancéreuses vers l'anneau inguinal gauche. Au niveau du pédicule de la tumeur mésentérique enlevée, il s'est produit un léger suintement sanguin, bien que le fil de soie soit encore à sa place. Tous les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont envahis par le cancer. Il existe d'énormes masses cancéreuses ganglionnaires le long des vaisseaux iliaques droits et gauches. A droite, où cette chaîne ganglionnaire est le plus volumineuse, elle s'est frayée un passage hors de l'abdomen à travers l'anneau inguinal distendu par une hernie intestinale ou épiploïque antérieure. La tumeur sortie ainsi de l'abdomen et descendue jusque dans la grande lèvre droite a le volume d'un gros œuf. Le petit bassin est occupé par une masse solide où il est d'abord assez difficile de s'orienter; on distingue cependant sur la ligne médiane (ou à peu près) l'utérus; à gauche de l'utérus, une masse kystique du volume d'un œuf, adhérente de toutes parts au petit bassin. Cette masse comprend plusieurs kystes à contenu variable; trois d'entre eux sont manifestement hémorrhagiques et remplis de caillots.

Il est impossible de reconnaître l'ovaire ou la trompe au milieu de ce chaos. A droite de l'utérus, il existe aussi une masse informe, dure en certains points, liquide en d'autres, et où il est impossible de rien distinguer.

L'utérus est recouvert de noyaux néoplasiques, mais ces noyaux sont limités au seul péritoine; le tissu utérin est absolument normal.

La rate présente deux petits grains calcaires dans son épaisseur. Le rein gauche se décortique facilement, il est gros et gras, nullement atrophié. Le rein droit, qui se décortique également bien, est petit et ratatiné; l'atrophie porte surtout sur la substance corticale. L'état de putréfaction avancée des deux reins rend impossible tout examen histologique.

Les plèvres sont envahies par le cancer. Des noyaux cancéreux s'observent sur la face convexe du diaphragme dans les deux plèvres diaphragmatiques. La plèvre droite paraît prise dans son entier.

Le poumon droit resserré dans cette coque pleurale épaisse est tout ratatiné. Il existe un épanchement sanguinolent d'environ 1/2 litre enkysté au sommet du poumon droit. Le poumon gauche est congestionné surtout à sa base.

Le cœur est plein de caillots fibrineux et sain en apparence.

Recherchant alors l'état de l'*articulation scapulo-humérale* droite et

des organes contenus dans le creux de l'aisselle, nous trouvons de nombreux ganglions axillaires développés, du volume d'un haricot, d'une lentille; aucun ne paraît suppuré. Les vaisseaux sanguins (artère et veine axillaires, veines humérales) sont parfaitement perméables au sang. La synoviale articulaire est épaissie; il existe quelques fongosités sur le trajet du tendon du biceps, et à la partie inférieure et postérieure du bourrelet fibro-cartilagineux se trouve une masse jaunâtre d'aspect adipeux. (L'examen histologique a démontré que c'était un amas de fibrine.) Les cartilages sont absolument détruits. Les surfaces articulaires déformées et presque planes sont recouvertes d'une couche de fongosités bourgeonnantes d'épaisseur variable.

La *tumeur de la grande lèvre droite* a l'aspect de toutes les autres masses kystiques. Elle est composée d'un tissu d'aspect aréolaire, les aréoles formant des cavités mal limitées, pleines de bourgeons grisâtres et laissant écouler un suc lactescent.

Examen histologique. — Le raclage des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie ne peut fournir aucun renseignement précis; les préparations ainsi obtenues sont pleines de bactéries de la putréfaction. Les cellules épithéliales sont altérées; leur protoplasma a disparu, il ne reste plus que les noyaux.

De nombreuses coupes faites sur des fragments variés de la tumeur mésentérique, montrent que cette tumeur est de nature épithéliale: elle renferme d'ailleurs les tissus les plus divers. Dans un même kyste, on trouve souvent un revêtement épithélial variable formé en certains points de cellules à cils vibratiles, et en d'autres de cellules cylindriques sans cils vibratiles et sans plateau, de cellules caliciformes, de cellules cubiques, de cellules presque plates (*fig.* 4). Ce revêtement épithélial repose assez fréquemment sur une membrane basale. Exceptionnellement, on constate l'existence d'un revêtement cutané complet dans une cavité sans relation avec les cavités à épithélium varié, mais souvent extrêmement voisine d'une de ces cavités. Dans aucune de nos préparations ce revêtement cutané complet n'est pourvu de poils. Ceux que l'on observe cependant en assez grand nombre sur nos coupes, à diverses phases de leur développement, sont en relation avec des portions de cavités dermoïdes à revêtement cutané rudimentaire (épithélium pavimenteux stratifié à couche superficielle cornée).

Le tissu conjonctif du stroma est fibreux en certains points, myxomateux en d'autres; en certains endroits il est infiltré de globules de graisse. On y trouve disséminées des masses épithéliales constituées d'épithélium pavimenteux. Dans quelques-unes de ces masses, les cellules subissent la transformation cornée; on y voit alors de véritables perles cornées. En d'autres points, les cellules pavimenteuses sont crénelées comme celles du corps muqueux de Malpighi. On observe aussi, dans le stroma conjonctif, des glandes sébacées géné-

ralement peu volumineuses. Quelques-unes seulement parmi les plus développées sont en relation avec des poils.

Disséminés sans ordre dans la tumeur, aussi bien au voisinage des rares cavités à revêtement cutané que dans celui des nombreuses loges à revêtement épithélial varié, s'observent des nodules cartilagineux (cartilage embryonnaire, cartilage adulte), des masses osseuses (tissu compact, tissu spongieux, moelle des os), des cellules musculaires lisses.

La tumeur mésentérique présente aussi des particularités intéressantes pour l'étude du développement des kystes secondaires. Dans cette tumeur complexe, comme dans les kystes mucoïdes les plus simples, on voit en effet, en plusieurs points et sur plusieurs de ces coupes, des bourgeons épithéliaux pleins, se continuant avec le revêtement épithélial d'une cavité kystique, partir du bord de cette cavité et plonger dans le tissu cellulaire voisin. Les cellules qui occupent le centre de ces bourgeons épithéliaux sont légèrement altérées, et les cellules périphériques se groupent en revêtement.

En aucun point nous n'avons trouvé l'aspect du carcinome. Aucun des fragments examinés ne faisait, il est vrai, partie de ce bourgeon exubérant saillant à la surface de la tumeur et qui peut être regardé comme le point de départ probable de la généralisation.

Les autres tumeurs recueillies trente-neuf heures après la mort étaient toutes plus ou moins putréfiées. Les tumeurs pleurales seules ont subi peu d'altération. Les coupes provenant des tumeurs intra-abdominales altérées ne se colorent que très imparfaitement. Leur examen est très difficile.

Le noyau cancéreux sous-péritonéal, développé au niveau de la cicatrice de la première laparotomie, présente à la coupe un nombre considérable de cellules embryonnaires. Ces cellules sont tellement nombreuses qu'on croirait avoir affaire à un bourgeon charnu si, en certains points, on ne rencontrait de grosses travées conjonctives formant des alvéoles. Dans ces alvéoles se trouvent comprises de grosses cellules épithélioïdes. Le tissu présente donc ici la structure du carcinome.

La tumeur formée par le grand épiploon épaissi est constituée d'éléments cellulaires compris dans une trame conjonctive. Les éléments cellulaires sont presque tous embryonnaires. De loin en loin seulement on rencontre quelques nids de cellules ayant le caractère épithélioïde. Ces cellules sont supportées par une trame. Le réseau qui constitue cette trame est composé en certains points de faisceaux de tissu conjonctif adulte. Mais, en d'autres points, il devient très délié et fin, et l'on croirait avoir sous les yeux une coupe de lymphadénome. — Les nombreux vaisseaux de cette tumeur sont pour la plupart adultes et ne présentent, par conséquent, pas d'éléments embryonnaires dans leur paroi. Le néoplasme enveloppe les lobules graisseux de l'épiploon et semble même les envahir à leur périphérie. En résumé, d'après cette

description et d'après ce que nous savons de la structure des autres tumeurs, nous pouvons dire que celle-ci est probablement constituée de carcinome.

A la surface de la tumeur de la grande lèvre droite, on trouve une enveloppe conjonctive parcourue par de nombreux vaisseaux. Dans la masse de la tumeur se trouvent des tissus d'aspect différent. Sur quelques points il existe de petites cellules rondes, serrées les unes contre les autres, entre lesquelles on découvre un réseau conjonctif très fin : cela rappelle la structure d'un ganglion lymphatique. Ailleurs on voit des faisceaux de tissu conjonctif lâche dans les interstices desquels se trouvent des cellules d'aspect variable ayant pour la plupart subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Mais la plus grande partie de la coupe est occupée par des travées de tissu conjonctif formant des alvéoles irrégulières remplies de matière caséeuse. Étant donné l'état de putréfaction très avancée de cette tumeur, nous ne pouvons guère être bien affirmatifs sur sa nature. Il nous semble néanmoins très probable qu'il s'agit ici d'un ganglion envahi par le carcinome dont les éléments ont subi rapidement la dégénérescence caséeuse.

Les nodules de la *plèvre diaphragmatique*, heureusement beaucoup moins altérés que les tumeurs précédentes, nous ont permis de déterminer exactement leur nature. Ils présentent tous les caractères du carcinome. En aucun point on ne trouve de tubes épithéliaux.

Des fragments du *poumon droit* examinés ont fait reconnaître autour du tissu pulmonaire une enveloppe pleurale épaisse, infiltrée de tissu embryonnaire. Le tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre est lui-même fortement enflammé et présente les lésions de la pneumonie interstitielle. Pas d'épithélioma.

La *surface articulaire humérale* a été examinée après décacification par l'acide picrique. La masse jaunâtre, d'aspect adipeux, à l'état frais, est constituée par de la fibrine. La presque totalité du cartilage diarthrodial est remplacée par du tissu fibreux ancien (inflammation chronique) avec cellules plates, fusiformes, groupées par places. L'humérus est atteint d'ostéite raréfiante peu active, la moelle est graisseuse et non embryonnaire. Il n'y a pas trace d'épithélioma dans cette articulation. Il s'agit évidemment d'une arthrite chronique très probablement non tuberculeuse. Les lésions observées sont plutôt celles qu'on rencontre dans l'arthrite sèche.

Nous signalerons dans cette observation les points suivants : une tumeur ovarienne présente des cavités kystiques tapissées des cellules épithéliales les plus diverses, cylindriques, caliciformes, vibratiles, pavimenteuses. Dans les parties solides on rencontre, disposés sans ordre, des perles épidermiques, des nodules cartilagineux dont quelques-uns calci-

fiés, du tissu ostéoïde, des lobules adipeux, des faisceaux musculaires, etc. Après l'ablation de cette tumeur ovarienne, se développent, dans un ordre de succession impossible à préciser, des tumeurs secondaires de deux types différents. La plupart sont constituées de carcinome (aspect carcinoïde décrit par M. Malassez dans les épithéliomas mucoïdes). Une seule, la plus intéressante sans contredit, de beaucoup la plus volumineuse, et probablement la plus ancienne des tumeurs secondaires, présentait la même nature épithéliale mixte que la tumeur primitive. Cette tumeur secondaire mésentérique présente ce champignon végétant faisant hernie à l'extérieur, dans lequel on veut fréquemment voir le point de départ de la généralisation des tumeurs ovariennes; on y trouve la même variété de tissus disséminés dans le stroma, et la même variété de cellules épithéliales prenant part à la constitution du revêtement d'une même cavité.

On voit que cette variété de tumeur kystique de l'ovaire est de nature maligne : la récidive et la généralisation se font à courte échéance. La récidive peut se faire dans d'autres organes avec le même caractère de tumeur mixte ou sous forme de carcinome, ainsi que cela a eu lieu dans le cas actuel pour l'épiploon, les plèvres, etc.

Ceci semble bien en rapport avec la nature complexe de la tumeur.

Dans ces deux tumeurs, ovarienne primitive et mésentérique secondaire, l'élément dermoïde n'est pas mélangé aux divers éléments épithéliaux, mais simplement juxtaposé ; il ne semble pas y avoir communication entre les loges dermoïdes et les autres.

Dans les observations qui suivent, l'élément dermoïde, au lieu d'être en proportion inférieure ou au plus égale à l'élément épithélial, prédomine franchement.

Obs. V. — *Kyste dermoïde, pileux, dentaire, de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.* (Observation inédite.)

Hôpital Bichat. — Service de M. Terrier.

La nommée Marie A..., âgée de 26 ans, employée de commerce, entre à l'hôpital Bichat, le 18 janvier 1886, salle Chassaignac, n° 14.

Aucun néoplasme chez ses ascendants, ni chez ses frères et sœurs. Réglée à 13 ou 14 ans ; une fausse couche probable il y a trois ou quatre ans.

Vers 1880, la malade découvre à la région hypogastrique l'existence d'une petite tumeur qui, depuis cette époque, est toujours restée stationnaire et, jusqu'au mois d'août 1885, n'a produit qu'un peu de gêne de la miction et quelques douleurs à l'hypogastre, lors de fatigue. La menstruation, d'abord très régulière, a perdu un peu de sa régularité depuis cinq ou six mois environ. Au mois de décembre 1885, à la suite de marches prolongées, cette femme a éprouvé des douleurs hypogastriques localisées surtout à gauche, exaspérées par la marche et la pression, s'irradiant vers les lombes. Ces douleurs augmentèrent au commencement du mois de janvier 1886, s'accompagnèrent de nausées, et obligèrent la malade à s'aliter pendant cinq ou six jours. Peu de temps après, Marie A... entra à l'hôpital. Jamais la tumeur abdominale n'a été ponctionnée.

Le ventre, modérément distendu, n'est pas notablement asymétrique. On y trouve, dans la région sous-ombilicale gauche, une tumeur arrondie, résistante, du volume d'une petite tête de fœtus environ, ne dépassant pas la ligne médiane même dans le décubitus latérale droit, et remontant à deux travers de doigt au-dessous de la ligne ombilicale.

Ovariotomie, le 16 février 1886, par M. Terrier, assisté de MM. J. Championnière, Périer et Richelot. — Durée de l'opération : 25 minutes. L'opérée sort guérie le 27 mars. Son séjour à l'hôpital a été prolongé par l'apparition d'un peu de suppuration au niveau des points de suture de la paroi abdominale, et d'un peu de muguet.

La tumeur, dont le pédicule siégeait à gauche, contenait 1 litre de liquide jaunâtre, se figeant en partie par le refroidissement. Elle est portée au laboratoire d'histologie du Collège de France et classée série G, n° 88.

Description macroscopique. — La tumeur, du volume des deux poings réunis d'un adulte, présente une poche principale constituant à elle seule la majeure partie de la masse morbide. Dans les parois de cette poche se trouve une large plaque osseuse portant trois dents faisant saillie dans la cavité et comparables, l'une à une molaire, une autre à une incisive ; la troisième est très irrégulière. La plaque osseuse présente aussi une saillie correspondant à une dent non sortie. Dans les parois de ce kyste principal existe aussi une autre plaque osseuse sans dents.

Cette cavité kystique communique avec une autre plus petite, du volume d'une grosse noix, dans laquelle se trouve une touffe de poils engluée dans de la matière sébacée.

Au voisinage de cette cavité, on en trouve un certain nombre d'autres plus petites.

Examen histologique. — L'examen a porté sur les fragments de paroi contenant des portions osseuses et de préférence sur celles qui séparent les deux loges principales dermoïdes des petites cavités voisines.

Le stroma de la tumeur est constitué par du tissu fibreux, fibro-myxomateux en certains points, ayant subi par places la dégénérescence graisseuse. Ce stroma est sillonné par de nombreux vaisseaux capillaires : ceux-ci s'approchent en certains endroits de la surface des cavités kystiques au point d'être compris dans le revêtement épithélial de ces kystes (*fig.* 6). Dans la charpente fibreuse de la tumeur se trouvent, disséminées en divers points, des masses de tissu osseux dans lequel on distingue nettement les ostéoplastes et des espaces contenant les divers éléments de la moelle des os. Ce tissu osseux existe aussi bien dans les portions de la tumeur dont les cavités ont un revêtement dermoïde que dans celles, souvent très voisines des précédentes, où le revêtement n'est pas dermoïde. Enfin certains points du stroma fibreux contiennent des corps jaunes récents et anciens; il ne peut donc y avoir ici de doutes sur la nature ovarienne de la tumeur.

Les grandes cavités kystiques sont, dans les points considérés, tapissées d'un revêtement cutané continu. Ce revêtement, qui repose sur les plaques osseuses ci-dessus mentionnées par l'intermédiaire d'une couche de tissu conjonctif d'épaisseur variable, contient de nombreuses glandes sébacées et quelques rares poils, mais on ne peut y découvrir aucune glande sudoripare. Quelques coupes des dents, pratiquées après décalcification par M. Malassez, à qui nous avons remis les dents saillantes dans le kyste principal, nous ont toutes montré autour de la racine de nombreux amas épithéliaux paradentaires. Les racines sont entourées de tissu fibro-myxomateux dont une mince couche les sépare seule de petites cavités kystiques revêtues d'épithélium cylindrique et de petites cavités pleines de mucus coagulé. Les petites cavités signalées dans la description macroscopique de la tumeur, siègent toutes au voisinage des masses osseuses et des dents, mais elles ne paraissent pas communiquer avec les loges à paroi dermoïde. Quelques-unes ont plus de 1 centimètre de diamètre, les autres sont plus petites; elles sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles reposant sur une ou plusieurs couches de cellules polygonales, et finalement sur une couche de noyaux cellulaires aplatis, formant comme une membrane basale (*fig.* 6). En certains points, les cils vibratiles ont disparu, mais les cellules sont alors surmontées du plateau qui servait de base d'implantation aux cils. D'autres cavités, d'ordinaire plus petites, sont le plus souvent groupées ensemble et sont tapissées d'un épithélium cubique généralement en dégénérescence muqueuse très avancée; beaucoup de ces petits kystes sont remplis de mucus coagulé. Certaines coupes ne contiennent que ces cavités muqueuses qui sont d'ailleurs de beaucoup plus abondantes que celles tapissées d'un épithélium vibratile (*fig.* 5).

Cette observation nous montre une tumeur kystique que tout le monde aurait classé à première vue parmi les kystes dermoïdes purs (3e variété de Lebert), et qui cependant, à côté de loges dermoïdes constituant la majeure partie de la tumeur, contient nombre d'autres cavités tapissées d'épithélium vibratile ou cubique en dégénérescence muqueuse. Cavités dermoïdes et cavités muqueuses paraissent d'ailleurs sans communication les unes avec les autres.

Obs. VI. — *Kyste multiloculaire dermoïde de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Guérison.* (Observation inédite, résumée.)

Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Terrier.

Mlle Blanche Vincent, 17 ans, fleuriste : réglée à 12 ans 1/2; a toujours eu l'abdomen volumineux. En avril 1877 elle s'aperçoit que son ventre grossit et ressent des douleurs dans les reins et dans le côté droit de l'abdomen. État général excellent. Ponction exploratrice le 17 juin 1877, évacue 3 litres d'un liquide séreux, louche, coagulable par la chaleur et renfermant des corps granuleux, des globules rouges altérés, des débris de cellules épithéliales, enfin de la cholestérine.

Ovariotomie le 16 août 1877 par M. Terrier, assisté de MM. S. Duplay, Ch. Monod et J. Championnière. Le pédicule est fixé à la paroi abdominale.

Le 4 septembre, l'opérée se lève et quitte l'hôpital le 15 septembre, soit trente jours après l'opération. Le 15 octobre les règles firent leur réapparition et durèrent quatre jours comme auparavant.

Examen de la tumeur, fait au laboratoire du Collège de France par le Dr Malassez ; série C, n° 31. — La tumeur offrait le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle était formée de deux cavités principales communiquant librement, dont une beaucoup plus volumineuse que l'autre. De très petites cavités kystiques sont disséminées dans les parois ; ces cavités sont peu nombreuses.

Dans l'épaisseur des parois du kyste on constate l'existence d'une plaque dure, osseuse, renfermant elle-même une dent qui n'a pas percé la muqueuse.

La surface interne de la grande cavité kystique offre une surface lisse, d'un blanc opalin, recouverte par places d'une couche transparente, myxomateuse, unie dans certains points, plus épaisse ailleurs. Sur un point on remarque de petites saillies formées par cette substance.

Dans les petits kystes, la surface interne est opaline et, en quelques

points, d'un blanc mat, d'apparence épidermique; à ce niveau existent quelques poils follets.

Le contenu est un liquide séreux, citrin. Dans les petits kystes il y a de plus des poils et une matière blanchâtre.

Examinées au microscope les parois kystiques renferment des vaisseaux et des nerfs, des pulpes dentaires dans lesquelles on constate l'existence de vaisseaux, mais l'absence totale d'éléments nerveux.

Grâce à l'obligeance de M. Malassez, nous avons pu (1886) étudier les préparations ci-dessus décrites, et notre attention s'étant plus particulièrement portée sur le revêtement épithélial des kystes, nous avons pu constater les faits suivants : le revêtement kystique est variable dans une même cavité. On voit peu à peu l'épiderme avec ses glandes sébacées et ses poils faire place à un épithélium régulièrement cubique, disposé sur une seule couche. En quelques points, on aperçoit sur les cellules un plateau, mais les cils vibratiles, dont le plateau indique la présence, ne sont plus visibles. Cela tient peut-être à la trop forte coloration du revêtement épithélial et à la conservation quelque peu imparfaite des préparations.

Obs. VII. — Dans les registres du laboratoire d'histologie du Collège de France, nous avons trouvé, série C, n° 55, la description suivante d'une pièce apportée au laboratoire par M. Leroux, le 5 novembre 1877.

La pièce, considérée comme composée d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit et d'un myxome de l'ovaire gauche avec tumeurs secondaires, provenait de l'autopsie d'une femme de 34 ans, dont la maladie remontait à quinze mois environ. Voici la description macroscopique de la pièce.

L'ovaire droit est occupé par un kyste dermoïde du volume d'une pomme. La paroi de ce kyste, d'épaisseur variable (plus de 1 centimètre dans le point le plus épais), présente un aspect myxomateux et contient dans son épaisseur de petits kystes analogues à ceux que l'on trouve dans l'ovaire gauche. A la face interne du kyste existe une petite tumeur à contenu sébacé présentant quelques poils implantés à sa surface.

L'ovaire gauche présente l'aspect d'une masse gélatineuse polykystique (myxome) plus petite que l'ovaire droit. Il existait des tumeurs secondaires sur le péritoine. Noyaux sur la vessie et l'utérus. Masse ganglionnaire pelvienne volumineuse ayant la même apparence myxomateuse que l'ovaire gauche. Il existait aussi quelques noyaux semblables dans le foie.

L'examen histologique montre les particularités suivantes : dans la même cavité d'aspect mucoïde, tapissée d'épithélium pavimenteux, cylindrique, à cils vibratiles, se trouvent des points manifestement dermoïdes où l'on remarque des glandes sébacées avec le poil auquel

elles sont annexées, des glandes sudoripares. En certains endroits il existe du tissu cartilagineux ; en d'autres endroits on rencontre du myxome.

Les tumeurs secondaires n'ont malheureusement pu être examinées.

L'observation VI nous est un exemple de la coexistence possible, dans une même cavité kystique, d'un revêtement épidermique, d'un revêtement épithélial cubique et d'un revêtement épithélial vibratile.

L'élément dermoïde est du reste plus abondant dans la tumeur que l'élément mucoïde.

L'observation VII nous montre les mêmes particularités dans l'étude du revêtement épithélial des cavités kystiques. Ici, en outre, l'ovaire du côté opposé est envahi par une tumeur polykystique d'aspect myxomateux et le péritoine est atteint secondairement. Nous avons ainsi un exemple de la coexistence possible d'une tumeur mixte et d'une tumeur polykystique vraisemblablement en dégénérescence myxomateuse. (Cette tumeur polykystique était peut-être comme la première, de nature mixte. Malheureusement l'examen histologique n'en a pas été fait.)

Obs. VIII. — *Kystes dermoïdes des deux ovaires.* (Observation clinique, résumée.) (*Archives générales de médecine*, 1879, t. I, p. 471.) Deux cas d'ovariotomies doubles suivis de guérison.)

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Duplay.

La nommée R..., cuisinière, âgée de 24 ans, entrée à l'hôpital le 9 avril 1877. Réglée à 16 ans, sans accidents, cette jeune femme n'a jamais éprouvé aucun trouble dans la menstruation : elle n'a eu ni fausse couche ni grossesse et s'est toujours très bien portée.

Il y a cinq ou six ans, le ventre a commencé à augmenter de volume sans douleur et sans aucune altération dans la santé générale. Au rapport de la malade, le gonflement aurait débuté à droite pour gagner ensuite le côté gauche. Depuis quelques années, le volume du ventre paraît rester stationnaire. La malade n'a d'ailleurs suivi aucun traitement, et s'est mariée il y a cinq mois.

Depuis quinze jours elle éprouve des douleurs dans l'abdomen, surtout du côté droit, douleurs assez vives pour l'obliger à garder le lit, s'accompagnant d'un léger état fébrile, de constipation, d'inappétence, mais sans vomissements.

Les règles ont paru comme d'habitude le 3 avril.

Le 13 avril, ponction de la tumeur qui donne issue à 2 litres d'un liquide brunâtre, épais, filant ; la malade accusant quelques tiraillements dans le ventre, on arrête l'écoulement du liquide. Cette ponction n'a été suivie d'aucun accident immédiat, mais, le 24 avril, la malade est prise d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit qui avait complètement disparu le 5 mai au point de permettre à la malade de se lever quelques heures dans la salle.

Ovariotomie, le 4 juin 1877, dans une maison de santé. — Après incision de la paroi abdominale, ponction du kyste avec le gros trocart aspirateur et issue rapide d'un liquide épais, comme boueux, d'une couleur noire foncée. Après évacuation de 8 litres de liquide, l'écoulement s'arrête brusquement, le trocart est obstrué par une touffe de poils très longs, de couleur brun foncé. Adhérences pariétales, épiploïques et dans la fosse iliaque gauche. Le kyste fournit encore une cuvette d'un liquide brunâtre, épais, boueux. Le pédicule est large et aplati. Pendant la toilette péritonéale, on découvre une seconde tumeur dans le flanc et la fosse iliaque gauche. Ponctionnée, elle fournit un demi-litre d'un liquide épais, jaune clair, puis la canule est obstruée par un paquet de longs poils blonds. Le pédicule de ce second kyste est moins large et plus court que celui du premier. Durée de l'opération : trois heures.

Le plus gros kyste (ovaire droit), qui contenait un liquide brunâtre et des paquets de poils d'un brun foncé, renfermait également des dents et des fragments osseux ; il pesait 875 grammes.

Le plus petit kyste (ovaire gauche), qui renfermait un liquide jaunâtre et des poils blonds, était également en partie rempli par une matière analogue à de la graisse fondue ; il pesait 400 grammes.

Les suites de l'opération ont été simples et n'ont présenté aucune particularité intéressante. L'opérée se lève au vingtième jour et quitte la maison de santé quarante jours après l'opération.

La malade a été revue par M. Duplay à plusieurs reprises. Sa santé est parfaite ; ses règles n'ont pas reparu. Elle aurait grandi. Aucune autre modification physique ou morale (1879).

A l'observation ci-dessus, publiée dans les *Archives générales de médecine*, nous joignons l'examen anatomo-pathologique suivant, tiré du registre du laboratoire d'histologie du Collège de France, ainsi que l'examen histologique, que nous avons pu faire nous-même sur les préparations conservées dans la collection de M. Malassez.

Description macroscopique. — (*a*) Gros kyste : diamètre, 20 centimètres ; trois poches communiquant largement les unes avec les autres

par des diaphragmes. Le contenu a la consistance d'une bouillie noirâtre, mal liée, grumeleuse, contenant des gros paquets de cheveux.

La surface interne a un aspect dermoïde, chagriné, avec des poils, dans la majeure partie. Sur quelques points, la surface a l'aspect d'une muqueuse, est lisse et vascularisée. En quelques points, saillies avec dents, puis quelques saillies plus petites, sans dents. Une des saillies portait deux incisives; et une autre une molaire, une incisive et une dent en voie de développement.

Les parois assez minces se divisent facilement en deux couches, une externe et une interne, réunies par du tissu cellulaire lâche. Dans ce tissu cellulaire lâche, on trouve un corps triangulaire de 35 millimètres de long sur 10 millimètres de haut. La partie inférieure est aplatie, le sommet arrondi; entre ces deux parties existe une petite articulation. Il existe d'autres masses osseuses au niveau de l'implantation des dents. La plus volumineuse correspond aux trois dents et est percée de trous dans l'intérieur de l'un desquels on trouve une masse pulpeuse. Dans les parois kystiques existent des masses de tissu adipeux.

(*b*) Petit kyste : diamètre, 13 centimètres; deux poches principales. Dans l'une des poches existent des débris de parois; le contenu de cette poche est de la matière blanchâtre, sébacée, mêlée à de nombreux poils blonds (ceux de l'autre kyste étaient beaucoup plus foncés). La paroi de ce kyste a un aspect muqueux, dermoïde seulement par places. La seconde poche ne contient pas de poils, mais un liquide citrin et une masse molle, d'un blanc nacré, formée de cristaux de cholestérine. La surface interne est blanche.

Examen histologique. — Grâce à l'obligeance de M. Malassez, nous avons pu (1886) étudier les préparations provenant des kystes ci-dessus décrits : beaucoup de coupes montrent seulement l'aspect de la peau avec son épiderme, son pannicule adipeux, ses nombreux poils avec leur glandes sébacées; en aucun point il n'existe de glande sudoripare. Certaines coupes contiennent du tissu cartilagineux, du tissu osseux. Sur quelques-unes de celles-ci on voit, dans une même cavité kystique, en un point de l'épiderme vrai, des poils et des glandes sébacées, en un autre un revêtement régulier de cellules cylindriques; un troisième point est tapissé de cellules vibratiles : les cellules cylindriques et vibratiles ont d'ailleurs subi la dégénérescence graisseuse. Un point de la même cavité nous montre un revêtement d'aspect villeux; cet aspect est dû à l'existence à ce niveau de végétations conjonctives recouvertes d'un épithélium cylindrique en dégénérescence muqueuse (*fig* 7). Enfin entre deux pièces osseuses, et séparée d'elles par une mince couche de tissu fibreux, s'insinue une cavité terminée en cul-de-sac et tapissée d'un revêtement épithélial continu. Ce revêtement est constitué de cellules à cils vibratiles, entremêlées de cellules caliciformes. Les cellules vibratiles, très hautes en certains points,

beaucoup plus basses en d'autres, reposent assez souvent sur une couche de cellules de remplacement.

La pulpe dentaire étudiée après l'action de l'acide osmique ne contenait pas de nerfs.

L'observation VIII nous montre l'existence dans une même cavité kystique d'un revêtement cutané avec ses poils et ses glandes sébacées et d'un revêtement épithélial cylindrique, vibratile et caliciforme. Cette variété du revêtement interne se distinguait même à l'œil nu, puisque la description macroscopique des deux tumeurs signale l'aspect partiellement dermoïde de la face interne des kystes. L'élément dermoïde semble d'ailleurs ici être en plus grande abondance que l'élément mucoïde.

§ 2.

Les huit observations, que nous venons de rapporter, nous paraissent correspondre à trois types différents :

Dans le premier type (obs. I.), l'aspect est absolument celui d'un kyste mucoïde multiloculaire ordinaire. Un très petit nombre de cavités présentent seules des caractères dermoïdes. (Dans notre observation, il n'y a même qu'une seule loge dermoïde.)

Dans le second type, l'élément mucoïde et l'élément dermoïde entrent pour une part presque égale dans la constitution de la tumeur (obs. II, III, IV).

Enfin le troisième type comprend les tumeurs où l'élément dermoïde prédomine franchement sur l'élément mucoïde (obs. V, VI, VII, VIII). Souvent ces tumeurs seraient rangées parmi les kystes dermoïdes purs si l'on se contentait d'un examen superficiel.

Notre classification a d'ailleurs le défaut de toutes les classifications : elle est quelque peu schématique. La différence entre les trois types de tumeurs n'est pas en réalité aussi tranchée, et il existe des cas intermédiaires qui viennent relier ensemble ceux que nous avons pris comme types. Nous en avons trouvé plusieurs exemples pendant le cours des recherches bibliographiques nécessitées par cette étude.

En résumé, entre les kystes mucoïdes et les kystes dermoïdes prennent place de nombreuses tumeurs mixtes, formant une série ininterrompue et reliant entre elles ces deux espèces de tumeurs.

Dans nos huit observations, nous trouvons noté cinq fois (obs. I, II, III, IV, V) que les loges à revêtement dermoïde sont entièrement tapissées de peau. Il n'y a pas d'autres cellules épithéliales entremêlées aux cellules épidermiques. Les loges dermoïdes, bien que très voisines des autres, en sont en somme complètement isolées.

Dans trois cas, au contraire (obs. VI, VII, VIII), le revêtement d'une même cavité kystique est en certains points dermoïde ; en d'autres points, il est constitué de cellules épithéliales d'un seul ou de plusieurs types.

Enfin l'examen attentif de nos huit tumeurs nous montre combien peuvent être complexes les diverses associations des cellules épithéliales qu'on y observe.

Dans les cinq observations où les loges dermoïdes sont isolées des autres loges, ces dernières sont tapissées parfois exclusivement de cellules épithéliales cubiques (obs. II). Dans l'observation V, les loges non dermoïdes sont tapissées, les unes exclusivement d'épithélium vibratile, les autres exclusivement d'épithélium cubique. Enfin, dans les observations I, III, IV, les loges non dermoïdes ont un revêtement épithélial des plus diversifié. On trouve dans une même cavité des cellules cylindriques avec ou sans cils, des cellules cubiques, des cellules plates, des cellules caliciformes.

Dans les observations VI, VII, VIII, la confusion paraît encore plus grande. Dans une même loge, on trouve un revêtement cutané et les cellules épithéliales les plus diverses.

Enfin, dans quatre cas, il y avait des dents dans les tumeurs observées. Dans les observations I et V, où les loges dermoïdes sont complètement isolées des loges mucoïdes, les dents sont saillantes dans les loges dermoïdes ou immédiatement sous-jacentes au revêtement cutané. Dans les observations VI et VIII, où les loges kystiques sont à la fois dermoïdes et mucoïdes, il n'est pas fait mention spéciale de la place occupée par les dents. Nous ne pouvons donc, bien

que cela soit fort vraisemblable, rattacher les dents aux portions cutanées des loges mixtes.

§ 3.

Nous avons recherché dans les divers journaux et recueils scientifiques français et étrangers les cas de tumeurs mixtes de l'ovaire. Nous avons pu en réunir cinquante-neuf. En ajoutant à ce chiffre celui de nos observations personnelles (§ 1er), nous arrivons au total de soixante-sept. Notre attention s'est surtout portée sur les observations récentes publiées depuis les travaux de Lebert (1852-1858). Parmi les cinquante et une observations postérieures à ces dates et dont nous avons pu avoir connaissance, deux seulement nous sont parvenues d'une façon trop incomplète pour pouvoir nous servir. Il s'agit des cas de Braun et Peyer-Imhoff cités par Pauly dans son important mémoire (*Index bibliographique.*)

Parmi les quarante-neuf autres observations comprenant nos cas personnels, quinze avaient trait à des tumeurs se rapprochant du type mucoïde : neuf se rapportaient aux tumeurs franchement intermédiaires aux kystes mucoïdes et aux kystes dermoïdes, et enfin vingt-cinq étaient surtout dermoïdes.

Dans trente et un cas il est noté que les kystes dermoïdes, bien qu'existant dans la même tumeur que les mucoïdes, en sont complètement isolés.

Les kystes dermoïdes isolés coexistaient avec des kystes à épithélium exclusivement cylindrique dans trois cas (Hölscher, Doran, Roemer); avec des kystes à épithélium pavimenteux stratifié dans le cas d'Ellerhorst; avec des kystes à épithélium cubique (obs. II); avec des kystes à épithélium vibratile et des kystes à épithélium cubique (obs. VI); avec des kystes à épithélium vibratile et des kystes à épithélium cylindrique (Friedländer); avec des kystes à épithélium varié (Eichwald, Baumgarten et nos observ. I, III, IV.) Enfin dans les autres cas où un examen histologique a été publié, on trouve dans une même loge un revêtement cutané et un revêtement épithélial souvent varié. Les loges sont à la fois

tapissées de peau et d'épithélium vibratile (Friedreich, Flaischlen, Neumann.), de peau et d'épithélium varié (Martin, Flesch, Marchand, et nos observ. VI, VII, VIII).

Nous ferons aussi remarquer que, dans les quatorze cas de tumeurs mixtes où a été observé l'épithélium vibratile, cet épithélium se trouve quelquefois tapisser des cavités kystiques isolées des cavités dermoïdes; d'autrefois il est partout mêlé à de la peau et aux épithéliums les plus divers. Enfin, dans des cas intermédiaires, à côtés de loges tapissées d'épithélium exclusivement vibratile, existent des loges à revêtement varié contenant des cellules vibratiles.

Pour rendre cette étude aussi complète que possible, nous avons réuni en un tableau la série des âges auxquels ont débuté la plupart de ces tumeurs mixtes. Dans 17 cas sur 49, toute indication d'âge a été omise. Dans les 32 autres cas, le moment auquel la tumeur a été découverte est mentionné, généralement avec assez de précision. Il va sans dire qu'il ne faut pas demander à ces chiffres plus qu'ils ne peuvent donner, la découverte d'une petite tumeur abdominale étant liée à quantité de causes des plus variables et que nous n'avons pas à rappeler ici.

Dans un cas (Rœmer), l'existence de la tumeur fut constatée dès la naissance; dans un autre cas (Neville) cette découverte eut lieu deux mois après la naissance.

Nous n'avons trouvé que ces deux cas dans lesquels l'origine congénitale soit indéniable. Les quatre autres cas antérieurs à 10 ans sont dus à Giraldès (8 ans), Knowsley Thornton (8 ans), Péan (9 ans) et Lombe Atthill (10 ans).

Début constaté

De 0 jour à 5 ans	2
De 6 à 10 ans	4
De 11 à 15 ans	»
De 16 à 20 ans	8
De 21 à 25 ans	5
De 26 à 30 ans	2
De 31 à 35 ans	4
De 36 à 40 ans	3
De 41 à 45 ans	1
De 46 à 50 ans	3

La période quinquennale pendant laquelle ces tumeurs mixtes semblent donc apparaître le plus souvent est celle qui s'étend de seize à vingt ans (exactement : 17 ans, 2 cas; 18 ans, 2 cas ; 19 ans, 2 cas; 20 ans, 2 cas). Cela dénote évidemment une certaine relation avec la puberté. Nous ferons remarquer à ce sujet que l'entrée en activité de l'ovaire, passagère chez le nouveau-né (DE SINÉTY, *Arch. de physiol. normale et path.*, 1875), durable au moment de la puberté, peut jouer vraisemblablement un rôle dans l'apparition et le développement des tumeurs mixtes. Mais ces tumeurs débutent quelquefois beaucoup plus tard et, en définitive, si nous disposons les chiffres précédents par période décennale, nous voyons que les tumeurs mixtes actuellement connues se sont réparties presque également sur les quarante premières années.

De 0 jour à 10 ans	6
De 11 à 20 ans	8
De 21 à 30 ans	7
De 31 à 40 ans	7
De 41 à 50 ans	4

Nous avions un instant espéré pouvoir donner, avec une approximation suffisante, la durée de l'évolution de ces tumeurs; mais nous avons dû rapidement abandonner ce projet. L'ignorance assez fréquente du début précis de la tumeur, la date plus ou moins tardive à laquelle peut être pratiquée l'ovariotomie par un chirurgien plus moins hardi chez des malades plus ou moins pusillanimes, et cent autres causes d'erreurs, se seraient glissées dans nos chiffres : nous avons donc cru devoir nous abstenir.

Nous dirons seulement que, dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, l'observateur signale que la tumeur, d'abord assez longtemps stationnaire, a pris brusquement un développement rapide. Mais y a-t-il bien là quelque chose de spécial aux tumeurs mixtes de l'ovaire? Nous n'en croyons rien.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans dire quelques mots des dégénérescences dont les tumeurs mixtes peuvent être le siège, et des tumeurs secondaires auxquelles elles peuvent donner naissance.

Dans deux cas de Knowsley Thornton (*Med. Times and Gaz.*, 5 novembre 1881, p. 547) et dans un cas de Flaischlen il est parlé de dégénérescence sarcomateuse. Dans notre observation VII, le kyste mixte est dit en dégénérescence myxomateuse.

Dans un des cas de Thornton, l'examen histologique ne put être pratiqué. Dans ce cas comme dans l'autre, il s'agit de deux énormes tumeurs solides de l'ovaire, ne contenant que quelques cavités kystiques. Celles-ci sont : les unes dermoïdes, les autres mucoïdes et papillomateuses. L'examen du stroma de la tumeur y révèle les caractères du sarcome.

On conçoit du reste assez aisément que l'un quelconque des éléments constitutifs de ces tumeurs complexes puisse, à un moment donné, entrer en activité ou au contraire dégénérer. L'activité exagérée des éléments conjonctifs du stroma peut rapidement donner aux préparations l'aspect du sarcome. La dégénérescence myxomateuse, si fréquente dans les kystes mucoïdes, peut également, on le voit, s'observer dans les tumeurs mixtes.

Mais les tumeurs mixtes peuvent, en outre, devenir le point de départ de tumeurs secondaires. Et, à ce sujet, nous appellerons tout particulièrement l'attention sur notre observation IV. Dans l'examen de la tumeur primitive fait par M. Malassez, on ne mentionne l'existence de l'aspect carcinoïde en aucun point des préparations. Et cependant, dans la deuxième opération subie par la malade, on enlève une tumeur mixte, et à l'autopsie on trouve l'abdomen infiltré de nodules d'aspect carcinoïde. Les tumeurs secondaires étaient donc de deux types différents.

Dans notre observation VII, où il est fait mention de l'existence des tumeurs secondaires à une tumeur mixte de l'ovaire, l'examen histologique des tumeurs secondaires ne put malheureusement être fait.

Conclusions.

Notre étude semble démontrer d'une manière probante l'existence, entre les kystes mucoïdes de l'ovaire et les

kystes dermoïdes, de toute une série de tumeurs intermédiaires. Toutes ces tumeurs, de nature plus ou moins kystique, viennent augmenter, et cela d'une façon très importante, la variété des altérations qu'on peut observer dans un ovaire isolément, ou dans les deux ovaires à la fois.

Laissant de côté les kystes hydatiques, les kystes hématiques, l'hydropisie des follicules de Graef, qui sont, en quelque sorte, exceptionnels, nous voyons qu'on peut trouver, dans un seul ovaire dégénéré, des kystes revêtus d'un épithélium des plus variables.

Le plus souvent, il s'agit d'épithéliomas mucoïdes. Le revêtement épithélial est constitué de cellules cylindriques, cubiques, caliciformes, vibratiles, métatypiques. Les cellules sont quelquefois toutes régulièrement du même type; d'autres fois, les divers types sont plus ou moins mêlés. Quelques loges sont revêtues d'épithélium cylindrique ou caliciforme ; d'autres sont tapissées exclusivement de cellules vibratiles. Enfin il existe quelques cas dans la science où toutes les poches de la ou des tumeurs kystiques ovariennes étaient entièrement tapissées d'épithélium cylindrique vibratile. Nous-même avons eu l'occasion d'en observer trois cas.

Dans les tumeurs mixtes, la complication du tableau anatomique peut encore être plus grande. Dans une même tumeur, on peut trouver accolés l'un à l'autre des kystes dermoïdes et des kystes à épithélium pavimenteux, cubique, vibratile, caliciforme, polymorphe, etc.

Bien plus, on peut trouver réunis, dans une seule et même cavité kystique, l'épiderme avec ses annexes (poils, glandes sébacées, glandes sudoripares) et un revêtement épithélial uniforme ou polymorphe.

Enfin le revêtement interne des kystes peut être entièrement constitué de peau : le kyste est alors dermoïde pur. Mais il n'est pas rare, même dans ce cas, que le revêtement cutané soit incomplet. On voit, en effet, dans un grand nombre d'observations, que la peau n'existe qu'en un ou plusieurs points de la cavité dermoïde. Elle affecte souvent la forme d'une grosse papille qui, d'ordinaire, sert seule de point d'implantation aux poils. Le reste de la paroi présente un aspect

lisse, fibreux, ou ressemble plutôt à une muqueuse qu'à la peau. Cette description, que l'on retrouve, pour ainsi dire, à chaque pas dans les observations de kystes dermoïdes, nous fait vivement regretter la rareté des examens histologiques complets. Nous aurions, sans nul doute, pu classer nombre de kystes dits dermoïdes purs parmi nos tumeurs mixtes.

Nous n'avons encore parlé que du revêtement épithélial des cavités kystiques. C'est qu'il nous semble, en effet, trouver là les particularités les plus intéressantes de l'histoire des tumeurs mixtes.

La charpente fibreuse des tumeurs kystiques ovariennes mérite cependant de nous arrêter quelques instants.

Elle est d'ordinaire constituée exclusivement de tissu conjonctif jeune, adulte ou myxomateux. Cependant, en dehors des dents qui sont des produits d'origine ectodermique, et qu'on ne rencontre qu'au voisinage d'un revêtement cutané, on observe, dans les parois fibreuses, des tumeurs kystiques ovariennes, du tissu cartilagineux et du tissu osseux.

Cela peut s'observer dans des tumeurs qui n'ont aucun caractère mixte ni dermoïde. Nous avons rapporté (Poupinel, *Thèse de Paris*, 1886, obs. CXLIII) un exemple de kyste mucoïde de l'ovaire suivi de généralisation; dans la paroi du kyste existent des nodules cartilagineux.

L'ossification, assez fréquente dans ces tumeurs mixtes, l'est au moins autant dans les kystes dermoïdes purs ; mais l'étude des tumeurs mixtes fait ressortir ce point intéressant, que les plaques osseuses ne sont pas forcément voisines des loges dermoïdes, et que, dans certains cas, elles en sont complètement indépendantes.

Enfin, dans le stroma des tumeurs mixtes ou dermoïdes, on trouve encore d'autres tissus : du tissu musculaire lisse et strié, du tissu nerveux (8 fois). C'est à ces derniers cas complexes que Virchow et son école donnent le nom de tératomes. Ce sont les kystes de la 3e variété de Lebert.

Nous venons de voir combien peuvent être variés les kystes qu'on trouve dans une même tumeur ovarienne. Les deux ovaires peuvent être pris simultanément.

Dans ce cas, comme lors de tumeur ovarienne unilaté-

rale, toutes les associations sont possibles entre les divers ordres de kystes.

Les deux ovaires peuvent être occupés chacun par une tumeur épithéliale mucoïde, que l'épithélium soit d'un seul type ou polymorphe. Les deux kystes de l'ovaire peuvent être, par exemple, tous deux tapissés d'épithélium vibratile (Brodowski, etc.).

Plusieurs fois les deux ovaires étaient transformés chacun en une tumeur mixte (Flesch, Neumann et notre observ. VIII).

Enfin, fréquemment aussi, les deux ovaires peuvent être le siège de kystes dermoïdes. Nous avons pu en réunir 44 cas.

Dans tous ces cas l'altération est relativement simple ; elle est la même des deux côtés.

Mais on peut aussi voir, d'un côté, un kyste dermoïde et, de l'autre un kyste mucoïde (Lebert, Young, Heschl, Mugge, etc.) ou un kyste mixte (Flaischlen) ; d'un côté, une tumeur mixte et, de l'autre, une kyste mucoïde (obs. VII).

Nous avons recueilli seize observations de kystes dermoïdes atteints de dégénérescence cancéreuse ou autre. Le diagnostic cancer porté douze fois n'a pas été le plus souvent contrôlé par l'examen microscopique. Deux fois (Babinski et Cornil), le kyste dermoïde avait été le point de départ d'un épithélioma pavimenteux lobulé. Une fois le kyste est dit en dégénérescence sarcomateuse (Unverricht). Enfin Cruveilhier, dans un cas cité par Lebert, a constaté la dégénérescence colloïde.

L'existence démontrée possible de tumeurs mixtes peut jeter une certaine lumière sur ces cas de kystes dermoïdes dégénérés. Peut-être, dans quelques-uns de ces cas, l'examen histologique complet aurait-il révélé l'existence de portions mucoïdes ?

Au contraire, s'il s'agit bien des kystes dermoïdes vrais, la présence de portion carcinoïdes, épithéliomateuses, sarcomateuses ou colloïdes ferait ressortir l'intimité des liens qui unissent les kystes mucoïdes, les kystes mixtes et les kystes dermoïdes.

Nous savons que les kystes mucoïdes peuvent fréquemment être le point de départ de tumeurs secondaires. Nous venons de voir qu'il peut en être de même pour les tumeurs mixtes.

Les kystes dermoïdes se comportent-ils de même ou seulement d'une façon analogue ?

Il existe dans la science quatre observations de métastases péritonéales de kystes dermoïdes. Deux sont dues à Fraenkel (*Wiener. med. Wochenschrift*, nos 28, 29, 30 ; 1883). Un troisième a été publié par Kolaczek, de Breslau, dans les *Arch. Virchow*, t. 75, p. 399. Enfin le quatrième cas est dû à Moore (*Transact. of pathol. Soc. of London*, t. XVIII, p. 190, 6 novembre 1866). Dans les deux cas de Fraenkel, la relation entre les tumeurs ovariennes, d'un côté, les poils implantés sur le péritoine et les petits kystes dermoïdes péritonéaux, de l'autre, ne ressortent pas clairement ; l'auteur se rattache à l'hypothèse d'une rupture d'un kyste dermoïde et d'une greffe consécutive.

Dans le cas de Kolaczek, il en est de même : l'observation porte en outre que le kyste ovarique avait une surface externe lisse, complètement dépourvue de nodules analogues aux nodules péritonéaux dans lesquels existaient des poils.

L'observation de Moore nous semble plus propre à éclairer la pathogénie de ces kystes dermoïdes secondaires. Malheureusement elle est encore seule de son espèce et la péritonite adhésive, qu'elle invoque comme cause explicative, n'existait pas, et n'avait même jamais dû exister, dans le cas de Kolaczek. Cette explication ne s'appliquerait donc pas à tous les cas.

Dans le cas de Moore, les kystes dermoïdes secondaires sont encore en relation avec le kyste primitif par de minces pédicules. Le kyste primitif, ouvert spontanément au nombril, est entièrement fusionné avec le péritoine, et c'est dans les adhérences péritonéo-kystiques que siègent la plupart des kystes dermoïdes. Quelques-uns, d'ailleurs, sont absolument indépendants du kyste primitif : on en observe dans le mésentère, le grand épiploon et les ligaments larges.

Nous avons déjà montré (voir plus haut) que les tumeurs mixtes de l'ovaire sont plus fréquentes pendant la période d'activité de l'ovaire, c'est-à-dire de 15 à 50 ans. Nos recherches sur ce sujet nous ayant obligé à passer en revue les divers travaux publiés sur les kystes dermoïdes de l'ovaire, nous y avons trouvé quatre statistiques qui nous paraissent

devoir contenir tous les cas actuellement connus de kystes dermoïdes. Ce sont les statistiques de Pigné (1846), Lebert (1852), Pauly (1873), Achard et Lannelongue (1886). Nous-même avons pu récolter, chemin faisant, quatorze observations postérieures au travail de Pauly, et ne figurant pas dans celui d'Achard et Lannelongue. Il nous a paru intéressant, surtout par rapport aux idées admises sur l'origine congénitale des kystes dermoïdes, de réunir ici en un tableau et de publier ces diverses statistiques.

Début des divers kystes ovariques.

AGE AU DÉBUT.	KYSTES MUCOÏDES. — Statistique Terrier.	KYSTES MIXTES. — Statistique Poupinel.	KYSTES DERMOÏDES.				
			Statistique Lebert.	Statistique Pauly.	Achard et Lannelongue.		Statistique Poupinel
					Début précis.	Début approximatif.	
0 jour à 5 ans	»	2	»	4	3	»	»
6 à 10 ans	»	4	1	3	2	»	1
11 à 15 ans	2	»	8	10	1	1	»
16 à 20 ans	4	8	3	8	4	4	2
21 à 25 ans	8	5	8	12	4	»	1
26 à 30 ans	6	2	7	14	3	1	2
31 à 35 ans	9	4	4	10	2	3	2
36 à 40 ans	15	3	8	11	1	5	3
41 à 45 ans	16	1	7	8	4	2	1
46 à 50 ans	13	3	6	10	2	6	1
51 à 55 ans	11	»	2	5	»	2	1
56 à 60 ans	»	»	3	3	»	3	»
61 à 65 ans	4	»	1	1	»	1	»
66 à 70 ans	»	»	»	2	»	»	»
Après 70 ans	»	»	1	2	»	1	»

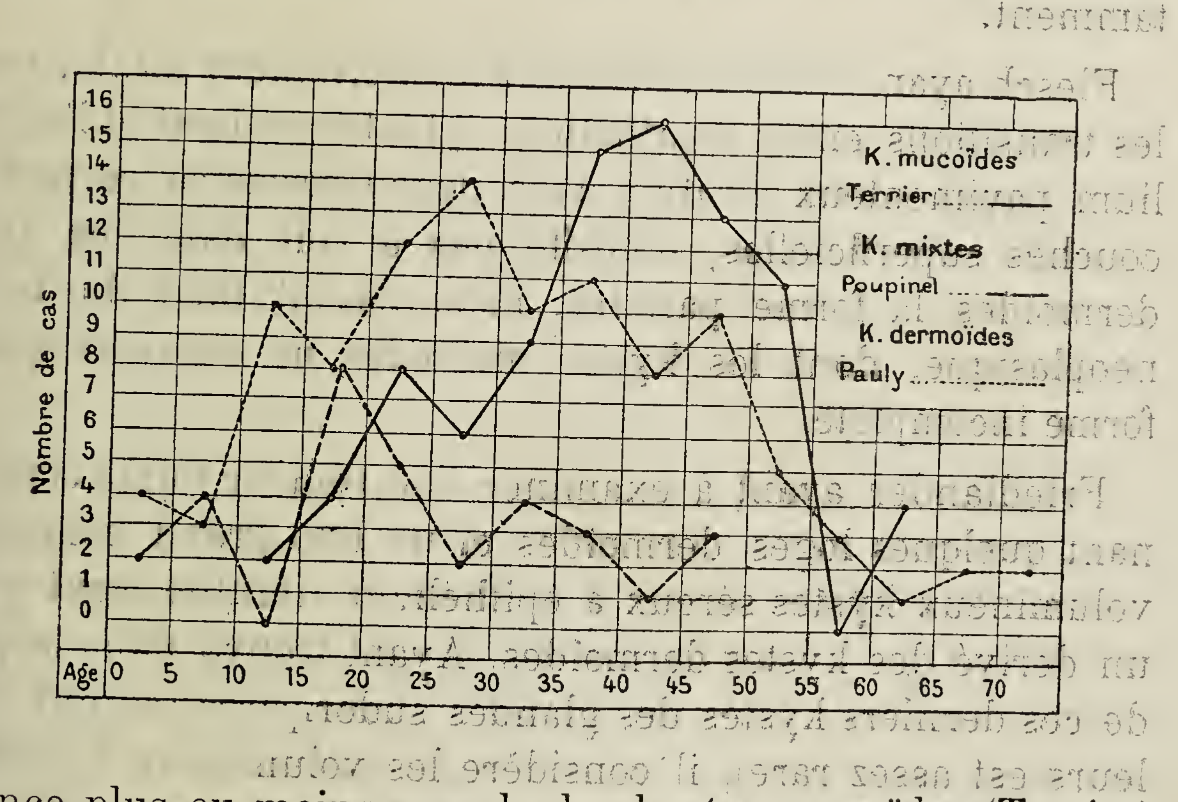
Nous aurions désiré faire figurer dans ce tableau la statistique de Pigné ; mais celle-ci n'est rapportée que dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et malheureusement d'une façon trop peu détaillée pour pouvoir se diviser en périodes quinquennales. Cette statistique porte sur 49 kystes dermoïdes, dont 43 ovariens : 6 de ces kystes ont été trouvés chez des fœtus avortés ou à terme, 11 chez des sujets âgés de moins de 15 ans, et 32 après l'âge de 15 ans. Les kystes

ovariens ne sont pas séparés des autres ; aussi ne pouvons-nous tirer parti de cette statistique. Nous le regrettons d'autant plus que Pigné seul a trouvé des kystes dermoïdes chez des fœtus. Peut-être est-il le seul qui ait recherché et qui ait eu la bonne fortune de trouver chez le fœtus des exemples de cette affection, dont on admet cependant d'ordinaire l'origine fœtale?

Les autres statistiques, plus récentes, sont plus détaillées et plus complètes. Aussi avons-nous pu les utiliser ici.

Nous avons réuni dans un même tableau la statistique des ovariotomies pour kystes mucoïdes, publiée par notre cher maître, M. Terrier (voir *Revue de chirurgie*, 100 ovariotomies, dont 12 pour kystes mixtes, dermoïdes ou tumeurs solides), notre propre statistique des tumeurs mixtes, et les statistiques de kystes dermoïdes dont nous avons parlé plus haut. Nous n'avons pu, à notre grand regret, utiliser les 1,000 ovariotomies de Spencer Wells, la date du début de la tumeur ne figurant pas dans la statistique de ce chirurgien (début plus fréquent de 25 à 55 ans ; moyenne exacte du début dans les 1,000 cas : 39 ans).

Nous avons placé dans un second tableau trois courbes montrant d'une façon saisissante, suivant les âges, la fré-



quence plus ou moins grande des kystes mucoïdes (Terrier), mixtes (Poupinel), et dermoïdes (Pauly).

Nos deux tableaux démontrent, d'une façon absolument

convaincante, la rareté de ces diverses tumeurs chez l'enfant, et leur plus grande fréquence chez l'adulte (de 35 à 45 ans, kystes mucoïdes; de 15 à 25 ans, kystes mixtes; de 20 à 30 ans, kystes dermoïdes).

Nous aurions voulu, en terminant cette étude, émettre quelques conclusions plus précises et d'une portée plus générale que celles énoncées au début de ce dernier chapitre. La réflexion nous a vite montré qu'il n'en fallait rien faire et qu'il valait mieux nous en tenir au simple et brutal exposé des faits. Nulle question n'a donné lieu à plus d'hypothèses que cette question des kystes dermoïdes. De plus savants que nous s'y sont essayés, et pourtant on n'est encore arrivé à rien de satisfaisant. Tout n'est encore qu'hypothèse. Peut-être cela tient-il à la rareté des bonnes observations cliniques et anatomo-pathologiques? Peut-être cela tient-il surtout au besoin de synthèse qui pousse les observateurs trop ardents à conclure souvent d'après l'examen d'un seul fait?

Deux des meilleures observations que nous ayons rencontrées dans la littérature allemande, nous montreront surabondamment le danger qui existe à conclure si précipitamment.

Flesch ayant observé, dans une même tumeur mixte, toutes les transitions entre l'épithélium cylindrique haut et l'épithélium pavimenteux stratifié avec dégénérescence cornée des couches superficielles, n'hésite pas à voir dans les kystes dermoïdes la forme parfaite, l'aboutissant final du travail néoplasique, dont les kystes mucoïdes ne seraient qu'une forme incomplète.

Friedländer ayant à examiner une tumeur mixte comprenant quelques loges dermoïdes et un très grand nombre de volumineux kystes séreux à épithélium vibratile, veut y voir un dérivé des kystes dermoïdes. Ayant trouvé dans la paroi de ces derniers kystes des glandes sudoripares (ce qui d'ailleurs est assez rare), il considère les volumineux kystes séreux à épithélium vibratile comme des kystes par rétention, développés aux dépens des glandes sudoripares. Mais, après distension de la cavité de ces glandes sudoripares, l'épithé-

lium de ces glandes subirait une transformation et se couvrirait de cils vibratiles ! Les kystes séreux existant dans toutes les tumeurs mixtes auraient, pour lui, cette même origine.

Plutôt que d'ajouter une hypothèse de plus à toutes celles qui existent déjà, nous préférons nous abstenir de toute conclusion générale, nous contentant d'avoir fait connaître quelques cas encore inédits de tumeurs mixtes, et d'y avoir réuni tous ceux actuellement publiés.

Nous nous estimerons en outre satisfaits si, en rapprochant dans cette étude et en réunissant dans nos tableaux les kystes mucoïdes, les kystes mixtes et les kystes dermoïdes, nous avons réussi à mettre en évidence les liens qui unissent entre elles ces diverses tumeurs. Les kystes dermoïdes, plus rares que les kystes mucoïdes, doivent peut-être à leur rareté même d'avoir excité la curiosité et amené l'éclosion de nombreuses théories plus ou moins hypothétiques. Mais leur développement n'en a été nullement éclairé et nous semble encore ni plus ni moins obscur que celui des kystes mucoïdes et des kystes mixtes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ATTHILL LOMBE. *Medic. press and circular*, 1879.

ACHARD et LANNELONGUE. *Traité des kystes congénitaux*, 1886.

BABINSKI et CORNIL. *Bulletin Soc. anatomique de Paris*, mai 1883.

BAUMGARTEN. *Archives de Virchow*, 1887, t. CVII, p. 515.

BRODOWSKI. *Archives de Virchow*, t. LXVII, p. 231.

CABOT. *Boston med. and surg. Journal*, 6 mai 1875.

CASTER. *Transact. obstet. Society of London*, avril 1884.

COHN. *Zeitschrift für Geburtshulfe*, 1886, Heft I.

DORAN. *British medic. Journal*, 30 avril 1881.

DUPLAY. *Bullet. Soc. chirurgie de Paris*, 1882, p. 243.

ID. *Archives gén. de médecine*, 1879.

ELLERHORST. *Thèses de Gœttingen*, 1870.

EICHWALD. *Wurtzburg med. Zeitschrift*, 1864.

FLAISCHLEN. *Zeitschrift für Gerburtshulfe u. Gynœkologie*, t. VII, p. 448-449.

FLESCH. *Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft zu Wurtzburg* 1872, t. III, p. 111.

FRIEDREICH. *Archives de Virchow*, t. XIII, p. 498.
FRIEDLANDER. *Archives de Virchow*, 1872, t. LVI, p. 365.
FRAENKEL. *Breslauer aertzl. Zeitschrift*, 1883, nº 13; 1884, nº 4.
ID. *Wiener med. Wochenschrift*, 1883.
FURST. *Archives de Virchow*, t. XCVII, p. 131.
GIRALDÈS. *Bullet. Société de chirurgie de Paris*, 20 février 1867, p. 64.
GRAY. *Medic. surg. transactions*, 1853, t. XXXVI, p. 433.
HARTMANN. *Progrès médical*, 1884, nº 20, p. 393.
HERVIEUX. *Gaz. des Hôpitaux*, 1867, nº 1.
HESCHL. *Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde zu Prag.*, 1860, t. LXVIII, Heft IV, p. 58.
HŒLSCHER. *Thèses de Gœttingen*, 1878.
HOWITZ. *Centralbl. für Gynœkologie*, 1885, p. 555.
JOHANNOWSKY. *Prager. med. Wochenschrift*, 1883, nº 1.
KŒBERLÉ. *Gaz. des Hôpitaux*, 1869, p. 95.
KOCHER. *Correspondenzbl. für Schweizer aertze*, 1877, nº 1; 1878, nº 3.
KOLACZEK. *Archives de Virchow*, t. LXXV.
Laboratoire d'histologie du collège de France (Registres du), B 35, C 1, C 31, C 55, D 120, F 7, F 165, G 53, G 88, G 100.
LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
LEBERT. *Bullet. Société de biologie*, 1852, p. 203. *Prager Viertel jahrschrift*, Bd IV. *Traité d'anatomie pathol.*, 1857.
LEE. *Medic. surg. transactions*, 1860, t. XLIII, p. 99 et 104.
LÉOPOLD. *Centralbl. für Gynœkologie*, 1885, nº 8, p, 124.
LIÉGEOIS. *Bullet. Soc. chirurgie*, 17 nov. 1869, p. 458.
LUSCHKA. *Archives de Virchow*, t. XI.
MARCHAND. *Breslauer aertz. Zeitschrift*, 1881, nº 21, p. 249.
MARTIN. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 4 mars 1872, nº 10.
MOORE. *Transact. of pathol. Soc. of London*, 1866, t. XVIII, p. 190.
MUGGE. *Thèses de Gœttingen*, 1876.
NEUMANN. *Archives de Virchow*, t. CIV, Heft III, p. 392.
NEVILLE. *Dublin Journal of med. sciences*, 1880, p. 149.
PAULY. *Beitrage zur Geburtshulfe u. Gynœkol.*, t. IV, Heft I.
ID. *Gazette hebdomadaire*, 1875.
PANAS. *Bullet. Soc. chirurgie*, 1874.
PÉAN. *Thèse de Cousin. Paris*, 1877.
PIGNÉ. *Bullet. Soc. anatomique*, juin 1846.
POLAILLON. *Bullet. Soc. chirurgie*, 1875, 11 août, p. 705.
POOLE. *Dublin Journ. of med. sciences*, fév. 1883, p. 158.
POUPINEL. *Thèses de Paris*, 1886.
QUÉNU. *Communication orale.*
ROEMER. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1883, nº 52.
SALTER. *Guy's hospit. reports*, 1860, p. 511.
SMITH. *British med. Journal*, 25 fév. 1882, p. 271.

SPIEGELBERG. *Monastsch. für Geburts Kunde*, Bd XIV, Heft 2, 3, 1859.

STIÉNON. *Journ. méd. Bruxelles*, août 1878.

TERRIER. *Annales de gynécologie*, 1875, t. III, p. 392. *Observ. inédite d'ovario, tomie*du 12 octobre 1884. *Union médicale*, 1886, n° 17.

THORNTON (Knowsley). *Medic. Times*, 1881, 5 novembre. *Transact. pathol. Soc. London*, 1874, t. XXV, et t. XXVII, 1876.

UNVERRICHT. *Breslauer aertz. Zeitschrift*, 1879, n° 2.

VIRCHOW. *Archives de Virchow*, 1857, t. XI, p. 469.

WAHL. *Saint-Petersburg med. Wochenschrift*, 1883, n° 9.

WELLS (Spencer). *Ovarian and uterine tumours*, 1882, p. 41 et 104.

EXPLICATION DES FIGURES DES PLANCHES XI ET XII

Fig. 1.

Coupe d'une dent faisant saillie dans une cavité dermoïde (grossissement, 50 fois).

aa, revêtement épidermique;
b, dent;
c, poil avec ses glandes sébacées;
dd, amas épithéliaux paradentaires.

Fig. 2.

Autre coupe de la même dent (grossissement 250 fois).

a, dent;
bb, amas épithéliaux paradentaires.

Fig. 3.

Paroi kystique présentant à la coupe l'aspect de la trachée (grossissement, 250 fois).

a, revêtement épithélial à cils vibratiles;
b, glandes muqueuses;
c, cartilage.

Fig. 4.

Cloison de séparation de deux cavités kystiques (grossissement, 130 fois).

aa, revêtement épithélial à cils vibratiles;
bcd, revêtement épithélial d'une autre cavité constituée de cellules épithéliales variées;
b, cellules cylindriques à cils vibratiles;
cc, cellules caliciformes;
dd, cellules plates;
eee, poils;
f, glandes sébacées.

Fig. 5.

Coupe montrant des cavités kystiques pleines de mucus coagulé (*b*) et des sections de tubes à revêtement épithélial en dégénérescence muqueuse (*a*); aspect adénoïde (grossissement, 40 fois).

Fig. 6.

Autre point de la même tumeur montrant le revêtement épithélial d'une grande cavité (grossissement, 250 fois).

a, cellules cylindriques hautes à plateau;
b, vaisseau capillaire;
c, couche de noyaux cellulaires aplatis formant comme une membrane basale.

Fig. 7.

Préparation montrant la paroi d'une cavité kystique à revêtement varié (grossissement, 50 fois).

a, portion dermoïde : poils, glandes sébacées;
b, épiderme;
c, tissu adipeux;
d, revêtement d'aspect végétant constitué d'épithélium cylindrique en dégénérescence muqueuse.



Imp. Lemercier & Cie Paris
G. Masson, Editeur
Nicolet lith.



Karmanski del

Imp. A. [illegible] Paris

G Masson Editeur

Ni[illegible] lith

Paris. — Société d'Imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau (Cl.). 118.4.8